

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stomatologická klinika



Pavλίna Forétková

Edukace v oblasti dentální hygieny u tělesně handicapovaných osob

Education in dental hygiene for
physically disabled persons

Bakalářská práce

Praha, květen 2016

Autor práce: Pavlína Forétková

Studijní program: Dentální hygienistka

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Olga Jiroutová

Pracoviště vedoucího práce: **Stomatologická klinika 3. LF UK
FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Pavína Forétková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Olze Jiroutové za odborné vedení a za poskytnutí cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat organizacím za možnost přednášet pro tělesně handicapované, ale i za jejich dlouhodobou práci. Mé poděkování patří také firmám, které mi poskytly dentální pomůcky pro posluchače přednášek. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým nejbližším za podporu ve studiu.

Obsah

OBSAH	5
1. CÍL PRÁCE	6
1.1 CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI.....	6
1.2 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	6
1.3 HYPOTÉZY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	6
2. ÚVOD.....	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	8
3.1. DEFINICE A PŘÍČINY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ.....	8
3.1.1. <i>Definice tělesného postižení</i>	8
3.1.2. <i>Klasifikace tělesných postižení na základě příčin a projevů</i>	11
3.2. PSYCHOLOGIE U TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ.....	16
3.2.1. <i>Psychologie nemocných</i>	16
3.2.2. <i>Člověk zdravý a nemocný</i>	16
3.2.3. <i>Subjektivní prožívání nemoci a poškození zdraví</i>	17
3.2.4. <i>Vztah zdravotníka s tělesně postiženým pacientem</i>	21
3.2.5. <i>Komunikace jako prostředek profesionálního jednání</i>	24
3.3. EDUKACE OSOB S TĚLESNÝM HANDICAPEM.....	37
3.3.1. <i>Speciální pedagogika</i>	38
3.3.2. <i>Edukace jedinců s handicapem</i>	46
3.3.3. <i>Edukace v dentální hygieně</i>	50
3.4. DENTÁLNÍ HYGIENA U TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝCH JEDINCŮ.....	51
3.4.1. <i>Mechanické prostředky dentální hygieny</i>	51
3.4.2. <i>Chemické prostředky dentální hygieny</i>	53
3.4.3. <i>Techniky čištění zubů</i>	54
4. PRAKTICKÁ ČÁST.....	56
4.1. MATERIÁL A METODIKA	56
4.2. SOUBOR	57
4.3. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU OHLEDNĚ PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ.....	58
4.3.1. <i>Otázky zaměřené na informace o respondentech</i>	58
4.3.2. <i>Otázky zaměřené na frekvenci návštěv u stomatologa a u dentální(ho) hygienist(k)y</i>	62
4.3.3. <i>Otázky zaměřené na spokojenost pacientů</i>	64
4.3.4. <i>Otázky zaměřené na poučení a pomůcky při čištění zubů</i>	67
4.4. VÝSLEDKY DOTAZNÍKU OHLEDNĚ ZPĚTNÉ VAZBY Z PŘEDNÁŠKY	71
4.4.1. <i>Otázky zaměřené na informace o respondentech</i>	71
4.3.2. <i>Otázky zaměřené na zjištění zpětné vazby a na zjištění konkrétních názorů</i>	75
5. DISKUSE.....	81
6. ZÁVĚR.....	88
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
8. SOUHRN	93
9. SUMMARY	94
10. SEZNAM GRAFŮ	95
PŘÍLOHY	97

1. Cíl práce

1.1 Cíl teoretické části

Zjistit specifika spolupráce s lidmi s tělesným postižením z pohledu psychologie, komunikace a edukace v dentální hygieně a následné použití získaných informací jako výchozích pro výstupní materiál bakalářské práce.

1.2 Cíle praktické části

1. Edukace tělesně postižených osob o základech prevence v péči o dutinu ústní.
2. Zjistit míru spokojenosti tělesně handicapovaných s přístupem ve stomatologické ordinaci, popř. v ordinaci dentální hygieny, a zároveň zjistit míru spokojenosti s dostupností zmíněné péče.

1.3 Hypotézy bakalářské práce

Praktická část je tvořena dotazníky a přednáškami, a tyto dotazníky jsou sestaveny na základě předem stanovených hypotéz ohledně cílové skupiny. Seznam hypotéz:

1. Předpokládám, že 80% lidí s tělesným postižením navštěvuje zubního lékaře/lékařku pouze 1x ročně a méně.
2. Předpokládám, že 90% osob s tělesným postižením nikdy nenavštívilo ordinaci dentální hygieny.
3. Předpokládám, že 80% lidí s tělesným postižením nebylo poučeno o správné a individuální péči o dutinu ústní, tedy instruktáž techniky čištění zubů a mezizubních prostor.
4. Předpokládám, že alespoň 50% osob z cílové skupiny jsou s přístupem zdravotníků, přizpůsobením ordinace, a celkově s dostupností zubní péče spokojeni.

2. Úvod

Člověk handicapovaný pozná své skryté zdroje sil, teprve když se s ním jedná jako s normálním. - Gottfried Keller

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala vzhledem k osobnímu zájmu o sociální integraci menšin do majoritní společnosti, a také ke zkušenostem s handicapovanými osobami, díky čemuž jsem začala obdivovat nasazení a aktivní život, který dovedou tělesně postižení vést i přes životní překážky.

Ve své bakalářské práci jsem se tedy chtěla zaměřit na tělesně handicapované i z pohledu dentální hygieny. Orální zdraví u tělesně postižených lidí se nemusí nutně lišit od lidí intaktních, avšak vždy je ovlivněno celkovým zdravotním a psychickým stavem. Tělesně znevýhodněný má tedy řadu problémů a nároků na péči o svůj zdravotní stav, které pacienti bez znevýhodnění nemají, a které vyžadují zvýšenou psychickou odolnost, určitou finanční náročnost a musí akceptovat také možnosti lékařské vědy. Dále může být péče o dentální zdraví negativně ovlivněna i u tělesně handicapovaných jedinců, kteří mají vzhledem ke svému postižení zhoršenou motoriku ruky. Pro tyto jedince je pochopitelně domácí dentální hygiena složitější z hlediska správné realizace.

Tělesně handicapované tvoří poměrně velké množství osob, vzhledem k tomu, že postižení může vzniknout jako vrozené, ale i získané (např. úrazy). Podstatnou část také tvoří senioři, u nichž se zvyšujícím věkem různá onemocnění získávají charakter tělesného postižení. Kvůli zvyšující se střední délce života se dá očekávat i zvýšený počet tělesně postižených.

Vzhledem k těmto důvodům bylo pro mě důležité věnovat se v dentální hygieně tělesně handicapovaným, ale i zdravotnickým pracovníkům, kteří mohou přicházet do styku právě s tělesně znevýhodněnými osobami. Jedině informovanost a správný přístup k tělesně postiženým může vést k rovnosti plné respektu a důstojnosti.

3. Teoretická část

3.1. Definice a příčiny tělesného postižení

3.1.1. Definice tělesného postižení

3.1.1.1. Zdravotní postižení

V České republice žije 1 077 673 občanů se zdravotním postižením, což znamená, že každý desátý občan České republiky je právě zdravotně postižený. Tato čísla potvrzují, že občané se zdravotním postižením jsou podstatnou skupinou obyvatelstva, a problémy této skupiny nejsou jen problémem malé skupiny lidí. Zároveň tato čísla naznačují, že kontakt se zdravotně postiženým člověkem nemusí být jen výjimkou, ale běžnou součástí života.

Osoby se zdravotním postižením jsou osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními (OSN, ©2006). Následně je tedy možné zdravotní postižení rozdělit do sedmi základních skupin dle typů postižení, a to postižení tělesné, duševní, mentální, vnitřní, zrakové, sluchové a jiné. Z celkového počtu osob se zdravotním postižením na základě tohoto rozdělení dle typů postižení je v České republice nejčastějším typem postižení vnitřních orgánů, které se týká konkrétně 41,9% osob. Druhým nejčastějším typem je postižení tělesné s počtem 29,2% z celkového podílu zdravotně postižených osob. Podíly ostatních typů mají významně nižší zastoupení v celku a pohybují se v intervalu 5,1 - 8,5%.

Dalším důležitým kritériem v rozdělení zdravotních postiženích je jejich příčina, jelikož ta rozděluje zdravotní postižení dle jejich závažnosti a vzniku postižení. Obvykle bývá definováno několik příčin zdravotního postižení, a to vrozené postižení, získané postižení (které se nadále dle příčin rozlišuje na získané postižení z důvodu úrazu anebo nemoci), stařecká polymorbidita (přítomnost více chorob současně), postižení neznámé etiologie a jiné

postižení. Z hlediska příčin je nejčastější příčinou zdravotního postižení získané postižení způsobené nemocí, které tvoří 64,7% z celkového podílu zdravotně postižených osob v České republice. Další příčiny nejsou zdaleka tak časté, jedná se především o vrozené postižení u 9,4% osob, dále pak stařecká polymorbilita u 9,0% osob. Následující příčiny zdravotního postižení se vyskytují u méně než 5,5% podílu z celku zdravotně postižených osob v České republice (ČSÚ, ©2014).

Dle zákona o zaměstnanosti je zdravotní postižení rozdělováno do jiných kategorií než na základě typu a příčiny daného postižení jedince, avšak zaměřuje se především na uplatnění jedince v soustavném zaměstnávání. Dle tohoto rozdělení zákon definuje tři kategorie: Osoby zdravotně znevýhodněné, osoby se zdravotním postižením (mající nárok na pobírání částečného invalidního důchodu) a osoby s těžším zdravotním postižením (mající nárok pobírání plného invalidního důchodu) (Zákon č. 435/2004 Sb., ©2015).

3.1.1.2. Mezinárodní klasifikace funkčnosti, znevýhodnění a zdraví

V roce 2001 vydala WHO Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, znevýhodnění a zdraví (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health), ve které se zaměřuje na zcela nové klasifikování a dělení postižení. Již nedochází v mezinárodní klasifikaci k charakterizování diagnóz nebo funkčních či orgánových abnormalit, ale zaměřuje se na to, co postižení znamená pro život jedince, jaká mu to přináší omezení, znevýhodnění, jaký to má vliv na jeho soběstačnost, průceschopnost a celkovou kvalitu života (Novosad, 2011). V klasifikaci tedy nedochází již k upřednostňování omezení a postižení jedince, které je do jisté míry samo o sobě stigmatizující, ale klade důraz naopak na integritu jedinců do společnosti a jejich účast v ní.

Zároveň tak v souvislosti s tímto pojetím WHO definovala termíny, které kategorizují zdraví, a které odráží současný postoj vnímání a chápání sociálního a zdravotnického pohledu na zdraví, a které se soustředí

především na účast jedince ve společnosti. Jedná se o pojmy "tělesné funkce a struktury" (body functions and structures), "činnosti" (activity) a "účasť" (participation). Účasť ve společenském životě, možnosti a schopnosti konat různé činnosti a stav tělesných funkcí a struktur je v mezinárodní klasifikaci důležitější než vlastní postižení osob (Pipeková, 2010; Slowík, 2007; Opatřilová, Procházková, 2011).

V české terminologii bývá však primárně používáno termínu zdravotní postižení, které je stále definováno na základě typu postižení zdravotně postiženého jedince, popř. na základě příčin daného zdravotního postižení.

3.1.1.3. Tělesné postižení

Tělesné postižení zahrnuje vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevují porušenou hybností (Vítková, 1999). Dále je možné tělesné postižení definovat také jako přetrvávající nebo trvalé nárpadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony (Gruber, Lendl, 1992).

Tělesné postižení se obvykle vyznačuje tělesnou vadou, která je na první pohled většinou viditelná, čímž v očích veřejnosti stigmatizuje daného jedince. Proto nemá tělesné postižení vliv pouze na zdraví jedince, ale i na psychiku, kterou může negativně ovlivňovat, vzhledem k případům, kdy pro okolí viditelné tělesné postižení může mít horší a závažnější dopady, než postižení samotné. Tělesné postižení mají tedy nelehký úkol zařazení do společnosti, jelikož jsou limitováni právě aktivitami, účastí ve společenském životě a svými zjevnými tělesnými změnami. Pouze správné chápání a přístup okolí umožní následnou úspěšnou integraci takto postiženého člověka do společnosti. Ačkoli se tělesné postižení snaží být co nejvíce soběstační a samostatně fungující, ne vždy je to možné. Tělesné postižení jsou limitováni pohybovými schopnostmi a možnostmi, což v důsledku snižuje spektrum aktivit a činností, které mohou samostatně vykonávat. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých aktivit a v některých případech i částečná až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života,

soběstačnost a přístup k životním příležitostem u těchto občanů (Novosad, 2011).

3.1.2. Klasifikace tělesných postižení na základě příčin a projevů

3.1.2.1. Tělesná postižení vrozená, získaná

Tělesná postižení mohou být vrozená (kongenitální) nebo získaná. Vrozené vady vznikly v průběhu prenatálního vývoje, v průběhu porodu nebo krátce v postnatálním období. Získaná postižení jsou způsobena buď úrazem nebo různými chorobami a jejich následky, které mají negativní vliv na pohybové ústrojí. Získaná postižení mohou vzniknout v kterémkoli období života člověka (Fischer, Škoda, 2008).

Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným postižením se vyvíjí odlišně ve srovnání s psychikou lidí, u nichž se zdravotní stav změnil až v průběhu života. Rozhodně nelze usuzovat, že člověk s trvalým vrozeným nebo časně získaným postižením je v příznivějším postavení (Novosad, 2011). Člověk s vrozeným postižením je zvyklý na svůj stav po celý svůj život, trvá obvykle delší dobu, nedošlo k žádnému dramatickému zvratu v oblasti zdraví.

Oproti tomu získané onemocnění znamená vždy náhlou změnu v oblasti zdraví, která se však negativně promítne ve všech oblastech života jedince, který se s tím vším musí najednou vyrovnat a situaci zvládnout. Získané tělesné postižení tedy vždy znamená změnu a často zhoršení kvalitativní stránky života, na kterou byl jedinec zvyklý před vznikem tělesného postižení. U převážné většiny jedinců se získaným postižením došlo k traumatu v produktivní věku, přičemž dochází i ke zhroucení životních plánů, představ, očekávání a životních představ. (Novosad, 2011). Člověk se získaným tělesným postižením se tedy musí se změnou, s novou zdravotní situací a s novou rolí ve společnosti vyrovnat. Tento proces je pro každého jedince odlišný a trvá odlišnou dobu, vzhledem k tomu, že každý jedinec je individuální a také individuálně zvládá problémy.

3.1.2.2. Tělesná postižení z hlediska konkrétních příčin a projevů

3.1.2.2.1. Centrální obrny

Centrální obrny zahrnují poruchy hybnosti, které poškozují mozek nebo míchu. Dle závažnosti a rozsahu omezení hybnosti se dělí na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí). Obrny se dají také rozdělit dle lokalizace na diparézy (diplegii), hemiparézy (hemiplegii) a kvadraparézy (kvadraplegie). Diparéza je obrna, která způsobuje ochrnutí dolní poloviny těla, zejména končetin. Hemiparéza je ochrnutí, které způsobuje jednostranné (levostranné, pravostranné) ochrnutí opačné poloviny těla, než na které je lokalizována mozková léze (v důsledku překřížení nervových drah). Nejčastěji bývá hemiparéza lokalizovaná na horní polovině těla, zvláště na končetinách, v některých případech zahrnuje i danou půlku obličeje. Kvadraparéza zasahuje převážně všechny čtyři končetiny, méně často obličeje. Nejčastěji tento typ obrny nacházíme u následků úrazů s přerušением míchy, popř. rozsáhlého krvácení do mozku (Fischer, Škoda, 2008).

Mezi nejčastější příčiny lézí CNS patří asfyxie (z nedostatku vzduchu), úrazy hlavy s poraněním mozku nebo fraktury páteře s poškozením míchy, záněty mozku (encefalitidy) či míchy (meningitidy), krvácení (výrony) do mozku či míchy (resp. míšního kanálu), otravy (těžké intoxikace), mozkové embolie či trombózy (cévní uzávěry) spojené s přerušением krevního oběhu (s porušením dodávky kyslíku i živin a odvodem zplodin látkové výměny) v určité části CNS, degenerace částí mozku nebo míšních nervů s poruchami senzitivity i vegetativních a motorických funkcí příslušných tělních orgánů a končetin, zhoubné i nezhoubné novotvary a cévní výdutě, rozštěpy páteře nebo lebky, hydrocefalus (makrocefalus), kdy je mozek utlačován nadbytkem mozkomíšního moku, mikrocefalus, kdy je mozek utlačován předčasným srůstem lebečních kostí a to brání jeho vývojovému zvětšování, těžké operace mozku, poruchy metabolismu (s tvorbou látek poškozujících CNS) apod. (Novosad, 2011).

3.1.2.2.2. Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna (DMO) je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života (max do 4. roku života) a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje (Fischer, Škoda, 2008). V případě spastických forem tohoto onemocnění nacházíme svalstvo křečovitě stažené, což způsobuje potíže s koordinací pohybů a omezení hrubé i jemné motoriky. U hypotonických forem nacházíme svalstvo naopak ochablé (Slowík, 2010).

3.1.2.2.3. Roztroušená skleróza mozkomíšní (sklerosis multiplex)

Roztroušená skleróza je onemocnění, které je charakterizováno poruchou přenosu nervových vzruchů k jednotlivým orgánům a končetinám. Důsledkem tohoto onemocnění nacházíme velmi často poruchy řeči, chůze, vyměšování, citlivosti, zraku a rovnováhy a těžké obrny končetin (Novosad, 2011).

3.1.2.2.4. Cévní mozková příhoda (ictus)

Cévní mozková příhoda v souvislosti s ochrnutím je onemocnění, které postihuje horní či dolní končetiny, může být pravostranné nebo levostranné, a vzniká v důsledku krvácení do mozku (Novosad, 2011).

3.1.2.2.5. Míšní obrny

Míšní obrny vznikají v důsledku poranění míchy, jejíž rozsah poškození je tím závažnější, čím je léze kraniálněji lokalizována. Při postižení krční části páteře vznikají kvadruparézy a kvadruplegie. Při postižení sakrální a lumbální části páteře vznikají paraparézy a paraplegie, velmi často s narušením funkce svěračů a s těžkými erektilními dysfunkcemi (Fischer, Škoda, 2008).

3.1.2.2.6. Periferní obrny

Periferní obrny jsou nejčastěji charakterizovány jako obrny chabé, které jsou charakterizovány snížením svalového tonu, snížením šlachových a napínacích reflexů, atrofií svalů z nečinnosti. Chabé obrny vznikají v důsledku

postižení motoneuronu v míše nebo v mozkovém kmeni (Naňka, Elišková, 2009).

3.1.2.2.7. Myopatie

Myopatie jsou poruchy hybnosti, které vznikají v důsledku poškození svalového vlákna. Toto poškození nejčastěji vzniká vlivem genetických příčin, dále pak vlivem úrazů, zánětů či intoxikací. Podstatnou část myopatií tvoří progresivní svalové dystrofie, při kterých degeneruje příčně pruhované svalstvo, mění se na tukovou nebo vazivovou tkáň, a v konečném důsledku vede k omezení hybnosti, převážně v oblasti obličejových svalů, ramenního pletence, pánevního pletence až na dolní končetiny (Fischer, Škoda, 2008).

3.1.2.2.8. Deformity (vrozené, získané) končetin

3.1.2.2.9.1. Malformace končetin

Malformace končetin jsou poruchy pohybového aparátu, které bývají obvykle pro okolí zřetelně viditelné (tedy pro společnost určité stigma), které vedou v konečném důsledku až k omezení hybnosti. Vzhledem k možnosti omezení motoriky jsou zejména důležité ty malformace končetin, které ohrožují jemnou, ale i hrubou motoriku, tedy postižení lokalizované na oblast ruky. Jedná se především o polydaktylii (počet prstů je zvětšen), oligodaktylii (počet prstů je zmenšen), anebo syndaktylii (srůst jednoho nebo více prstů).

Pokud se jedná o vrozené vady končetin obecně, bývají obvykle souhrnně označovány jako dysmelie, které se mohou nadále rozdělovat. Amelie jsou vrozené vady, kdy celá končetina chybí. Peromelie je postižení, při kterém chybí část paže. Pokud je končetina od narození zmenšená, označuje se tento stav jako mikromelie. Pokud nasedají končetiny ve formě ploutví přímo na rameno, jedná se o fokomelii (Fischer, Škoda, 2008).

3.1.2.2.9.2. Kloubní deformace

Jedním z onemocnění, které vede k postižení kloubů, jsou artritidy, které označují skupinu zánětlivých onemocnění, jež vedou k poškození pohybového aparátu (kloubů) a následně k výraznému omezení hybnosti. Artrózy jsou naopak onemocnění nezápřetlivého původu, které jsou

způsobeny poškozením vazů, chrupavek a kostí vlivem jejich odvápnování a dlouhodobého přetěžování. Tato onemocnění bývají charakterizována tvorbou kostěných výrůstků na okraji postižených kloubů, které vedou k bolestivosti dané končetiny a k výraznému omezení hybnosti (Novosad, 2011).

3.1.3. Terapeutické pomůcky a stáří organismu

Pokud tělesně postižený jedinec má omezenou hybnost a pohybové schopnosti, bývají mu nápomocny různé kompenzační pomůcky, například hole, berle až ortopedické vozíky. Chybějící části těla nahrazují protézy, tedy funkční náhrady orgánů, anebo epitézy, které jsou pouze kosmetickou náhradou.

Všechny tyto pomůcky a náhrady jistě zlepšují život a zvláště omezené schopnosti dané vlivem tělesného postižení. Avšak velice důležitým faktorem na kvalitu života je čas a s ním přibývajícím věk. Lokomoční schopnosti, které člověku s postižením zůstaly, se začínou postupem času vyčerpávat pouhým stárnutím organismu, ale také přetěžováním vzhledem ke zvýšenému používání některých zdravých orgánů, v neposlední řadě vedou i ke vzniku dekubitů. Následně tedy vzniká sekundární poškození dalších částí pohybového i nosného aparátu, což může znamenat kumulaci problémů zdravotních, ale i psychických a sociálních. Člověk, který však žije s tělesným postižením většinu svého života, se naučil své pohybové omezení kompenzovat a žít s tímto omezením. Jiným a často i psychicky obtížnějším případem je vznik onemocnění a pohybových onemocnění charakteru tělesného postižení u předtím zdravých seniorů. Tento stav znamená vždy změnu, se kterou se musí jedinec individuálně vyrovnat a přijmout omezení dosavadních aktivit a nově akceptovat odpovídající způsob života (Novosad, 2011)

3.2. Psychologie u tělesně postižených lidí

3.2.1. Psychologie nemocných

Ideální vztah mezi pacientem a ošetřujícím zdravotníkem je nelehkým úkolem, který před oběma stojí. Pacient je nejistý, přichází s určitými obtížemi a nemá pod kontrolou své vlastní tělo. Oproti tomu zdravotník je osoba sice nacházející se ve známém prostředí, nicméně potřebuje si vybudovat u pacienta důvěru, aby mohl ze všech aspektů adekvátně posoudit, co všechno pacienta trápí a jak by mu mohl co nejlépe pomoci. Z toho vyplývá, že profesionální přístup ze strany zdravotníka nesmí být zaměřen pouze na fyzickou stránku těla, pouze na zdravotní problém, nýbrž na všechny nedílné součásti problému, které mohou (a často tomu tak skutečně je) doprovázet danou zdravotní abnormalitu. Tedy kromě zdravotních stránek i stránku psychickou, která v konečném důsledku ovlivňuje i sociální roli nemocného ve společnosti, díky níž si utváří pacient i pohled sám na sebe. Navíc, ošetřující zdravotník je závislý na informacích, které může pacient sdělit, ať již verbálně či neverbálně, aby mohl adekvátně posoudit příčiny, důsledky a zhodnotit optimální možnosti léčby pro daného pacienta. Každý člověk je jiný, proto je důležité zaměřit se na vysoce individuální přístup, který nesmí být nikdy opomíjen a je základem úspěšného plánu léčby a léčby jako takové.

Správný a individuální přístup k pacientovi není lehkou rolí, a to ať už u pacientů s obvyklými obtížemi, anebo u pacientů, kteří jsou navíc zatíženi určitým postižením. Proto je u pacientů se zvláštními potřebami velice nutné pochopit jeho problémy jako celek, jeho osobnost a především získat důvěru, abychom mu mohli být svými znalostmi a schopnostmi opravdu nápomocni.

3.2.2. Člověk zdravý a nemocný

Jedním z několika předpokladů pro psychickou a fyzickou pohodu jedince je zdraví, což je hodnota často opomíjena, pokud se nás její nedostatek konkrétně netýká. Právě proto bývá zdraví definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomností nemoci nebo postižení (WHO, ©2003). Pokud je člověk zdravý, může se dokonale

rozvíjet, realizovat a naplňovat své potřeby bez ohledu na omezení, které může představovat právě nemoc nebo handicap. Často se totiž pohlíží na nemoc pouze jako absenci plného fyzického zdraví, nicméně zdraví nebo nemoc nelze brát pouze jako omezení jedné části organismu, ale organismu jako celek, neboť zdraví je vymezováno třemi rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. Lidské zdraví je tedy pokládáno za relativně složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

3.2.3. Subjektivní prožívání nemoci a poškození zdraví

3.2.3.1. Naplňování potřeb jako prostředek seberealizace

Jak již bylo řečeno, nemoc postihuje oblast tělesnou, psychickou i sociální, a proto je vnímána striktně subjektivně. Ať už se jedná o onemocnění krátkodobé, chronické, anebo o dlouhodobé postižení zdraví, na každého jedince působí zcela individuálně. I prosté vnímání bolesti je pro každého jedince specifické a dá se jen těžce generalizovat, aby skutečně obsáhl veškeré prožitky pacienta, které by se pak daly použít jako obecný návod pro zdravotnické pracovníky, jak se zachovat v určité situaci. To, jak nemocný vnímá a prožívá těžkosti s poškozením zdraví je zcela odlišné od toho, jak tuto skutečnost vnímá zdravotnický personál, stejně tak jak může tyto situace vnímat společnost. V nedocenění funkce subjektivního prožitku nemoci tkví mnohdy psychologické nepochopení nemocného ze strany zdravotníka. Dokud si zdravotník neuvědomí, že subjektivní prožívání nemoci je činitelem, který ovlivňuje obraz i průběh nemoci, dotud nelze mluvit o psychologickém přístupu k nemocnému (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

V životě každého člověka je pro jeho celkovou spokojenost a plnohodnotný život důležité naplňování potřeb, jak je zřejmé i z Maslowovy hierarchie potřeb, ať již jde o potřeby základní (např. potřeby fyziologické), tak individuální, které jsou pro každého více či méně důležité, ale potřebujeme nebo alespoň se snažíme jich dosahovat ve svém životě pro

dostatečnou seberealizaci. Míra uspokojování potřeb následně přímo ovlivňuje prožívání různých životních situací, realizaci jedince, prostou náladu a způsob vyjádření. Z toho vyplývá i vytváření životních představ a tvorba dílčích či celkových cílů, které ovlivňují sebeurčení a spokojenost v životě jedince.

Avšak pokud člověka zasáhne nemoc anebo je znevýhodněn určitým typem handicapu, jsou potřeby a jejich naplňování přímo ohroženy. Každé onemocnění nebo handicap působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, u některých závažných či chronických onemocnění i některé rysy osobnosti (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004). Navíc pokud se nejedná o nemoc krátkodobou, která lze vyléčit, ale dlouhodobou, chronickou, či přímo o jedince s tělesným postižením, je ohrožen nemožností či ztížením plnit potřeby. Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat. Překážky a nemožnost realizovat samozřejmé, běžné lidské potřeby vedou pak k frustraci, podnětové, citové i výkonové deprivaci, a mohou tak trvale negativně ovlivňovat integritu jedince i narušovat harmonický vývoj osobnosti (Novosad, 2000). Pro člověka s handicapem znamená jeho zdravotní stav omezení a změnu vnímání životní perspektivy, kterou příznivě či negativně ovlivňuje navíc samotný průběh jakékoli choroby nebo primárního postižení.

Pro sebevyjádření a spokojenost je důležitá i míra soběstačnosti, které člověk se svým onemocněním dosahuje. Pokud je nedostačující, mohou se objevovat i pocity méněcennosti až pohrdáním sebou samým. Nemoc může zároveň narušit i mezilidské vztahy a změnit sociální situaci nemocného (Čechová, Mellanová, Kučerová, 2004). Nemocný či handicapovaný člověk je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc – veškerá omezení v této oblasti spojená s pocitem nejistoty a nezájmu ovlivňují duševní stav člověka, vyvolávají smutek, neklid, pocity zklamání, úzkost, podrážděnost, mohou být prožívána velmi intenzivně a berou nemocnému chuť k životu (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Veškeré prožívání je ovlivněno tím, že člověk ohrožený nemocí či postižením kvalitativně srovnává život před a po přítomností zdravotního problému, pokud se nejedná o vrozené postižení či nemoc. Celé naše kulturní a životní prostředí je budováno pro osoby zdravé, tělesně nepostižené. Z této skutečnosti vyplývají pro osoby, které jsou tělesně insuficientní, značné potíže při zvládání běžných životních situací (Fořtová, Varnerová, 1981).

3.2.3.2. Život s tělesným postižením

Člověk s handicapem žije ve světě, kde je díky svému zdravotnímu stavu minoritou, která je nucena přizpůsobit se okolnímu světu. Avšak často je limitován svým vlastním zdravotním stavem, který bývá v rozporu s bariérovým okolním prostředím. Jedinec se zdravotním postižením je často plně závislý na technice, na svých kompenzačních pomůckách, na přizpůsobení okolního prostředí a v neposlední řadě i na fyzické pomoci ostatních lidí. Vzhledem ke zdravotnímu stavu je takový člověk velmi často závislý na rehabilitačních procesech, které umožňují udržení fyzického stavu a omezují případné patologické projevy onemocnění, které by vedly ke zhoršování situace. Avšak v podstatě u žádného chronického onemocnění a tělesného postižení nelze počítat s výraznějším zlepšením stavu či zmírněním obtíží a funkčních deficitů. Naopak je třeba počítat s progresí vývoje směrem ke zhoršování zdravotních obtíží a prohlubování životního dyskomfortu. Proto je léčebně-rehabilitační prioritou psychická a sociální podpora udržení maximálně dosažitelného dobrého, tj. co nejpříjemnějšího stavu a úsilí o minimalizaci faktorů, které mohou urychlit proces zhoršování.

Základním omezením však zůstává omezení hybnosti, kdy je postiženo lidské tělo v různé míře, a někdy může zahrnovat i postižení jemné motoriky, což výrazně ovlivňuje soběstačnost a míru odkázání na pomoc druhých. Pro tělesně postižené osoby znamená mobilnost změnit místo pobytu třeba jen o několik metrů (což je pro obecnou populaci samozřejmostí) (Fořtová, Varnerová, 1981).

3.2.3.3. Změna vnímání hodnot

Člověk s tělesným postižením musí překonávat řadu překážek, aby mohl žít plnohodnotný život. Navíc se vyrovnává se skutečností, že se nemůže plně věnovat všem aktivitám, na které byl například dříve zvyklý, u kterých měl patřičně rozvinuté schopnosti a dovednosti (tedy v případě handicapu získaného). Kromě způsobu života je pro zdravotně postiženého jedince omezením i prostředí, které potřebám tělesně postiženým jedincům obvykle není zcela přizpůsobeno. Další překážkou v životě postižených je společnost, která zaujímá zvláštní místo, kdy nahlíží na handicapované několika různými způsoby, např. minoritní způsob pohledu, stigmatizující, přístup založený na předsudcích anebo jen prostá neznalost a neschopnost správně komunikovat a jednat s lidmi se zdravotním znevýhodněním. A poslední nedílnou překážkou je sám postižený člověk – a to do jaké míry je schopen vyrovnat se se životem se znevýhodněním a ztíženými podmínkami a žít spokojený a naplněný život.

Nicméně život s postižením člověka mění, mění psychickou stránku jedince a především vnímání důležitosti určitých hodnot, které lidé běžně zastávají. Například u získaného onemocnění kladou handicapovaní větší důraz na hodnoty, které před vznikem postižení nebyly tak důležité a naopak. Vzhledem ke stálosti prostředí ve kterém žijí a malým personálním změnám, jsou tělesně postižení jedinci do značné míry závislí na stávajících sousedských a přátelských vztazích, které pro ně tak nabývají značného významu. Méně důležité jsou naproti tomu ve srovnání s obecnou populací vztahy na pracovišti, ohodnocení práce, perspektiva pracovního růstu, oblast rodinných a partnerských vztahů (Fořtová, Varnerová, 1981).

Zdravotně postižení jsou však často mnohem přecitlivější než zdravá populace, podléhají depresivním náladám, smutku, pocitům méněcennosti a zaujímají celkově pesimistický přístup. Pokud jsou však naplněny převážně ty hodnoty, jež zastávají pro postiženého na žebříčku hodnot první místa, a navíc pokud nalezne postižený jedinec možnosti, v jakých sférách a jakými způsoby může dojít k seberealizaci i přes postižení hybnosti, tak je na správné cestě, jak žít vyrovnaný, spokojený a naplněný život. Leckdy třeba i

bohatší a smysluplnější život, ve srovnání s tím, jakého života z hlediska kvality jsou někteří jedinci ze zdravé populace schopni dosáhnout.

3.2.3.4. Vrozený vs. získaný handicap

V procesu adaptace na zdravotní stav jedince však hraje významnou roli fakt, zda je dané postižení získané či vrozené. Ne, že by jedna nebo druhá skupina měla lehčí podmínky k životu, snazší přizpůsobení k okolí nebo snad pozitivnější psychologický vývoj s ohledem na vyrovnávání se s nemocí. Avšak je zřejmé, že děti se dokáží přizpůsobovat životním podmínkám snadněji, než-li dospělý člověk, kterému se dramaticky změnil život získáním handicapu. Vrozené tělesné postižení nezahrnuje změnu, žádný dramatický skok v životních návycích ani ve způsobu života, jelikož jedinec nemá žádnou empirickou zkušenost, kterou by musel přizpůsobovat nově vzniklému zdravotnímu stavu.

Adaptace na vznik tělesného znevýhodnění je vždy individuální, a mohou ji doprovázet různé patologické jevy ovlivňující psychiku člověka. Z pohledu předcházení těchto jevům kromě profesionální zdravotnické péče pomůže nejen správný přístup a solidární jednání, nýbrž hlavně jednání s úctou a respektem, které zajistí člověku tak důležité rovné místo a příležitosti ve společnosti, a které pozitivně ovlivňují sebehodnocení postižených osob.

3.2.4. Vztah zdravotníka s tělesně postiženým pacientem

Vyrovnávání se s handicapem je stav velice těžký a výsledek tohoto vyrovnávání se se svým zdravotním stavem a zároveň adekvátní psychický vývoj záleží na řadě faktorů, převážně na osobnosti jedince, ale také na okolí, společnosti, rodině a blízkých. Pokud je tento proces úspěšný (a zdravotní podmínky jedince to dovolují), může být handicapovaný začleněn i do pracovního procesu. Často však navštěvuje člověk s handicapem zdravotnické postižení, tedy ambulance, kam chodí i lidé bez postižení, a navíc specializovaná zařízení, která postiženému pomáhají s jeho konkrétním zdravotním stavem. To znamená, že handicapovaný člověk je velice často vystaven kontaktu se zdravotnickým personálem. A proto je úkolem pro ty,

jež pracují ve zdravotnictví, aby zaujali profesionální přístup a jednání, a aby dosáhli umění vhodné spolupráce s tělesně postiženými pacienty.

Přístup k nemoci či k postižení je dvojí. Subjektivní část, tedy to, co člověk prožívá, jak vnímá nemoc či postižení on sám (tato část je již podrobněji pospána výše). Druhou částí postižení je objektivní část, která zahrnuje veškeré aspekty, které lze objektivně postihnout. Pokud chceme nemoc, postižení, vadu správně pochopit, a pokud chceme mít co nejvhodnější přístup k postiženému pacientovi, nesmíme tyto dvě části od sebe oddělovat, nýbrž brát je jako celek, dohromady utvářející jednotu vnímání a psychologii nemoci a postižení. Nicméně zdravotnický personál často subjektivní stránku přehlíží, anebo obě odděluje, jelikož subjektivní stránka je pro člověka, jehož se netýká, těžší ohledně pochopení a empatie. Pro zdravotníka je nemoc souborem objektivně zjistitelných příznaků. Je to zcela nutný přístup, který může být na jedné straně považován za výraz profesionální zdatnosti, na druhé za profesionální deformaci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Odbornost a profesionální znalosti jsou samozřejmostí, kterou v péči a v pracovním procesu očekáváme. Avšak nedílnou součástí práce zdravotníka je také navazování kontaktu s nemocným, aby mohl pochopit podstatu zdravotního problému a všechny faktory, jež jej mohou negativně ovlivnit, popřípadě využít těch kladných pro podporu terapie a zdravého psychického stavu nemocného jedince. Komunikace a vztah mezi zdravotníkem a pacientem je tedy důležitou a nedílnou částí profesionálního přístupu ošetřujícího zdravotníka, a nelze jej přehlížet. Proto je důležité, aby kromě profesionálních znalostí byli lidé pracující ve zdravotnictví vybaveni také znalostmi komunikačními, adekvátní empatií, uměním naslouchat a schopností následujícího odvození důležitých problémů a jejich příčin. Pokud je tato podmínka splněna, je možné, aby získal pacient k ošetřujícímu lékaři důvěru, aby mohla být následující terapie po všech stránkách úspěšná, a aby byl vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem skutečně profesionální, ze všech pohledů.

Důležitou vlastností profesionálního zdravotnického přístupu je získání důvěry pacienta, ale i schopnost rozptýlení strachu a úzkosti. Psychologický

přístup a správné jednání obvykle zahrnuje vlídnost, trpělivost, ale i individuální osobností schopnosti zdravotnického pracovníka. Komunikace je nedílnou součástí vyšetření a pochopení pacienta, tedy i rozhovor, jež je veden mezi zdravotníkem a pacientem. Teprve z individuálního jednání a dobře vedeného dialogu může pacient nabýt pocitu pochopení. Důležitou podmínkou ze strany zdravotníka je zcela vyloučit jakoukoli nadřazenost nad pacientem, stejně tak jako pohrdání či jiné negativní emoce nesouvisející s ošetřením. Dále je nutné poskytnout úplné informace, jelikož jejich nedostatek může v pacientovi vyvolat právě pocit napětí, úzkosti, strachu, jelikož nemocný netuší, jaký je terapeutický postup a možnosti, a co konkrétně může očekávat, případně jak se s nastalou situací vyrovnat.

Pokud se v ambulanci naskytne pacient, jehož ošetření nebo samotná péče vyžaduje delší časové nároky než je obvyklé, musí ošetřující počítat s touto překážkou a přizpůsobit se jí trpělivostí a vhodným rozvržením času pro jednotlivé pacienty. Typicky se s touto situací lze setkat mimo jiné i u pacientů se zdravotním postižením. Tyto skutečnosti vhodně popisuje tzv. psychologie čekárny, která zahrnuje vzájemné ovlivnění pacientů čekajících na ošetření a případný negativní dopad dlouhého čekání, jež vzniká vlivem špatného rozložení času a objednání pacientů, a kterému je nutné se vyhnout. Dlouhé čekací doby jsou nepříjemné jak pro intaktní pacienty, tak pro pacienty s handicapem, pro něž je obvykle samotná cesta do ordinace lékaře spojená s komplikacemi. Handicapovaný pacient obvykle navštěvuje vyšší množství lékařů a setkává se s vyšším počtem zdravotnického personálu, než bývá zvykem u pacientů, jež nemají tělesné postižení. Časté návštěvy zdravotnických zařízení se pojí také s řadou zkušeností, kdy bohužel ne vždy se jedná pouze o zkušenosti pozitivní. Avšak ty negativní ovlivňují prvotní důvěru a očekávání, které nastává před každým novým kontaktem s profesionálem z oblasti zdravotnictví, a proto je důležité mít tento fakt na paměti, a o to více se musíme snažit navázat důvěrný a otevřený vztah s tělesně postiženým pacientem. Takového pacienta tedy může ovlivňovat zkušenost s nevhodným chováním ze strany zdravotnického personálu, časté a náročné léčebné zákroky, a také změna ošetřujícího lékaře.

Eliminace veškerých možných negativních kontaktů s pacientem je jedinou možnou cestou, jak může zdravotnický personál dosáhnout profesionálního přístupu, a jak může pozitivně ovlivnit i průběh léčby u nemocného. Veškerá znalost patologického jednání pomůže jeho předcházení, a naopak směřuje k získávání důvěry a kladného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Chápeme-li nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních zdravotnických pracovníků (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

3.2.5. Komunikace jako prostředek profesionálního jednání

Komunikace, ať už verbální či nonverbální, je velice důležitou složkou každodenního kontaktu lidí se svým okolím. Je součástí zcela běžného života, značně významná při pracovním procesu, prostředkem pro navozování kontaktů, formou získávání či nabízení pomoci či možností, jak naplňovat své potřeby. Komunikační prostředky nám lidem umožňují zapojení do společnosti a následně rozvoj v ní. Komunikace, resp. řeč - verbální projev - má pro člověka hned dvojí význam. Primárně plní funkci komunikační, tzn., že umožňuje sociální kontakt a zprostředkovává výměnu informací mezi lidmi, ale má také funkci kognitivní - podílí se na rozvoji symbolického a abstraktního myšlení jedince (Bendová, 2007).

Problémem a jistou překážkou v komunikaci však může být odlišnost komunikačního partnera, která vytváří nezvyklé a specifické podmínky pro celou komunikaci, a vyžadují určitý přístup, aby byla komunikace úspěšná, co se týče předávání informací, a zároveň aby byla pro obě zúčastněné strany příjemná a ne naopak. Specifickou odlišností tedy může být nejen odlišný fyzický vzhled jedince (např. tělesné postižení), stejně tak i narušení složek řeči vzhledem k možnému somatickému handicapu.

Každá společnost má určitý obecně přijímaný systém hodnot, ve kterém neporušené zdraví a dobrá psychická i fyzická zdatnost zaujímají určitá, zpravidla přední místa. To ovlivňuje i vztah jedinců, celých skupin a institucí

k postiženým spoluobčanům (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Proto není jednoduché zaujmout správný postoj k handicapovaným jedincům, jelikož jsme ovlivňováni společností. Pokud však známe jistá pravidla a rady, které můžeme pro vzájemnou komunikaci využít, můžeme zdárně navodit příjemnou komunikační atmosféru a můžeme být dobrým komunikačním partnerem v rozhovoru mezi námi a handicapovanou osobou, ať již v osobním životě, tak ve stomatologické ordinaci.

3.2.5.1. Přístup společnosti i jednotlivce k člověku se somatickým znevýhodněním

Důležité je, abychom si v komunikaci s handicapovaným člověkem uvědomili, že se nenacházíme v nijak zvláštní komunikační situaci. Rozhodně bychom se neměli nechat unášet předsudky či negativními emocemi, také bychom se však měli vyhnout přílišné lítosti. Ačkoli nás v komunikaci emoce jistě ovlivňují, je příhodné uvědomit si, že jednáme s osobou často pouze fyzicky znevýhodněnou, popřípadě s osobou, jejíž handicap zhoršuje projev komunikačních prostředků tak, jak jsme zvyklí. Ačkoli se tedy můžeme setkat s osobou, která má vnější komunikační projev více či méně znesnadněn díky svému onemocnění, je důležité mít na vědomí, že se často setkáváme s lidmi velmi inteligentními - tudíž vnější projev může milně vytvářet iluzi opaku. Pokud je tato skutečnost neakceptována, může lehce navodit jednání s despektem a bez patřičné úcty, pro handicapovaného člověka nepříjemné postavení, které negativně ovlivňuje veškerou další komunikaci.

Přístup k lidem s těžkým postižením nebo závažným onemocněním by rozhodně měl být citlivý a pokud možno empatický, nikdy však litující. To mnozí jedinci s tělesným handicapem pocítují jako velmi ponižující; nechtějí být totiž pouhým objektem soucitu okolí, ale rovnocennými partnery. Většina z nich se dávno úspěšně vyrovnala se svou situací a nevnímají svůj život jako tragicky zničený; naopak, handicap je pro ně nezřídka výzvou k překonání překážek, které ostatním v cestě stojí (Slowík, 2010).

Všechna tato opatření by měla ve společnosti vést k integraci somaticky znevýhodněných občanů, což vede k optimální nezávislosti handicapovaných jedinců. V integračním procesu má pak zdravotník důležitou roli opory pro znevýhodněného člověka, a proto by měl zvládnout jednání s tělesně postiženými jedinci na profesionální úrovni. Je nutné si však uvědomit, že veškeré empiricky získané komunikační zkušenosti či veškeré rady pro efektivní a adekvátní komunikaci jsou důležité, avšak nelze je zcela přesně aplikovat na každého tělesně handicapovaného jedince. Průběh i zvládání zátěžové a traumatizující situace je individuální (Novosad, 2011).

Zařadit postižené občany do společnosti znamená také vychovávat zdravou populaci k tomu, aby uměla s postiženými občany žít, porozumět jejich potřebám, zvláštnostem, aby postižení mohli prožít pokud možno plnohodnotný a radostný život (Čechová, Mellanová, 1995). To se může povést pouze tehdy, pokud se dokáže jedinec i celá společnost vyhnout možným komunikačním chybám při komunikaci s tělesně postiženým jedincem.

3.2.5.2. Bariéry v komunikaci s lidmi se zdravotním postižením

Hlavní bariéra či chyba při komunikaci u lidí se zdravotním postižením nebývá obvykle způsobena zřejmými překážkami v komunikaci ve formě obtíží v komunikačních prostředcích (znesnadnění řeči, mimiky). Obvykle bývá největší překážkou úplně něco jiného - a to pouhý fakt, že se jedná o osoby se zdravotním znevýhodněním a s tím i spojená společenská bariéra založená na odlišném vnímání. Handicapovaný člověk totiž bývá pro společnost často někým jiným, odlišným, vzdáleným. Někým, kdo nezapadá do společenské normy. Někým, u koho společnost nebo potencionální komunikační partner neví, co očekávat. Tato neznalost je založena pouze na strachu a na obavách, které jsou způsobeny obyčejnou absencí zkušenosti s takto postiženými lidmi. Naprostá většina nepostižených lidí ovšem nemá žádnou zkušenost s handicapovanými osobami (setkání a komunikace tváří v tvář), nebo jde o zkušenost pouze minimální (Slowík, 2005). Tento jev bariéry v komunikaci a ve společnosti u handicapovaných lidí se někdy

obecně označuje jako stigma, které postižený jedinec pro ostatní má, a které je příčinou možných problémů ať již v komunikaci či v přímém kontaktu, anebo i u vnímání takto postižených lidí. Jelikož handicapovaní lidé toto stigma v očích jiných mohou mít, jsou často zařazováni mimo normu společnosti, což znemožňuje komunikaci dříve než před možnou konfrontací, ke které by mohlo dojít. Tedy názor intaktních lidí je utvářen většinou dávno před tím, než vůbec může dojít k přímému setkání a komunikaci s osobou se zdravotním postižením. Co však schází, je skutečně solidní informovanost o osobách s postižením jako o docela obyčejných lidech (a takových je naprostá většina), kteří prožívají naprosto běžné radosti, starosti i problémy (jenom navíc i některé další, z našeho pohledu velmi specifické), a ač třeba nikdy nedosáhnou žádných výjimečných výsledků, také se nestali zcela závislými na dobročinnosti a darech okolí (Slowík, 2010; Goffman, 2003).

Zábrany a chyby způsobené v komunikaci s tělesně postiženým jedincem tedy mohou být jistě způsobeny komunikačními obtížemi, avšak za mnohem důležitější a rozšířenější bariéru bývá považována právě neinformovanost, nedostatek zkušeností a vlastní obavy, na které je potřeba se připravit a pouze se jim vyhýbat, aby mohla případná komunikace s handicapovaným proběhnout komfortně pro oba komunikační partnery.

3.2.5.3. Chyby v komunikaci s lidmi s tělesným postižením

Při komunikaci s tělesně postiženými jedinci se stává, že vznikají chyby v komunikaci ze strany komunikačního partnera. Většinou se jedná o ty, kteří nejsou zvyklí na komunikaci s tělesně postiženými jedinci, anebo s nimi komunikují poprvé. Když jsou však známy časté a běžné chyby, je následně možné se jim adekvátně vyvarovat a neopakovat chyby znovu.

Většina mýtů a problémů má základ v několika příčinách. Jedná se především o narušené funkce mluvidel, z důvodu narušení motoriky či hybnosti jako takové. Dalším a nedílným problémem bývají právě ony stigmatizující tělesné projevy, které vznikají v důsledku tělesného postižení, a u neznalých osob mohou vyvolat dokonce i zdání, že jednají s osobou s těžkým mentálním postižením, ačkoli to tak nebývá, ba naopak se jedná o

osobu velice inteligentní, jejíž inteligence můžeme být povrchovým vzezřením a vnímavostí na první pohled stírána. Pokud se osoby handicapované pohybují v nižším kruhu přátel a sociálních kontaktů, může se tím vlivem stát, že jsou tyto osoby ohledně komunikace méně zkušené, a tedy mohou mít i ztížené či zhoršené sociální dovednosti, které se ale dají zlepšovat pouze sociálním kontaktem a komunikací. Další příčinou chyb v komunikaci s lidmi s tělesným postižením může být i přidružené postižení smyslové, které omezuje či zhoršuje prostředky pro komunikaci a dorozumívání, například postižení zraku nebo sluchu (Novosad, 2011).

Jedna z možných chyb a mýtů může být strach z doteku, resp. potlačování typických komunikačních, zvláště seznamovacích sociálních návyků. Ačkoli se jedná o člověka s protézou horní končetiny či o člověka s kvadruplegií, který může své horní končetiny ovládat obtížně nebo je neovládá vůbec, je hrubou chybou nepodat při přivítání ruku tak, jak jsme zvyklí při běžném seznámení a prvním kontaktu. Chybou nebývá ani podání ruky levé, pokud se například jedná o končetinu zdravou na rozdíl od pravé horní končetiny. Pokud však ruku nepodáme, považuje se tato skutečnost za nezdvornou, o to více v případě větší skupiny lidí, ve které podáme ruku všem ostatním kromě handicapovaného. Naopak by se však nemělo stávat, že dojde k překračování proxemických hranic. Důsledkem tohoto jevu bývá až nevědomá manipulace s vozíkem či kompenzačními pomůckami handicapovaného. Jelikož se však jedná o součást existence postiženého, považuje tento zásah jako porušení vlastní integrity, která je pochopitelně značně nepříjemná (Slowík, 2010).

Většina lidí, kteří se setkávají či komunikují s lidmi s handicapem, bývají empatičtí. Tento postoj je jistě správným, avšak nesmí se stávat, že se jedná o empatii přehnanou, která obvykle nebývá handicapovaným vyhodnocována kladně. Nabídnutí pomoci je altruistickým činem, avšak postižený jej může dokonce i odmítnout. Pro handicapovaného je totiž důležité zvládat běžné úkony bez cizí pomoci, jelikož jim toto chování umožňuje potvrzovat vlastní nezávislost a soběstačnost. Nabídnutí pomoci je tedy správným gestem, ale musíme počítat s variantou odmítnutí. Naopak když handicapovaný opravdu

potřebuje pomoc a my nevíme, jak ji máme správně provést, neměl by nás odradit strach z položení otázky, jak konkrétní výpomoc správně provést. Nejhorším, avšak ne vyloučeným případem ohledně pomoci bývá situace, kdy lidé pomáhají postiženému bez předchozí domluvy. Sice se může na první pohled zdát, že handicapovanému pomáháme, avšak narušujeme jeho postavení a integritu značným způsobem. Nepovažujme tyto lidi za neschopné samostatně zvládat běžnou sebeobsahu jenom proto, že si sami neumíme představit, jak při svém postižení dokážou vykonávat některé složitější činnosti (Slowík, 2010).

Pokud se jedná již o komunikaci jako takovou, bývá zcela běžnou chybou to, že se osoba, která je komunikačním partnerem pro handicapovaného, obrací spíše na osobu doprovázející (pokud taková osoba u postiženého vůbec je), a ne na handicapovaného přímo. Toto chování vyvolává u tělesně postiženého jedince nepříjemný pocit přehlížení. Stejně tak je nemístné, pokud se člověk komunikaci s postiženým vyloženě vyhýbá, anebo pokud se i cíleně vyhýbá pouze jen pohledu na postiženého nebo na zdroj jeho odlišnosti pro společnost. Všechny tyto projevy handicapovaný samozřejmě vnímá, a to negativně. Přílišný soucit může vést také k domněnce, že handicapovaní jsou zkroušení lidé, kteří díky svému osudu stále jen trpí a je nemístné v jejich přítomnosti vtipkovat. Avšak realita bývá často jiná, naopak po období, kdy se člověk s postižením vyrovnává, je velmi časté použití humoru jako kompenzace nestandardní situace, což postiženému pomáhá jako nástroj odlehčení těžkého tématu.

Chyb v komunikaci s postiženým člověkem je samozřejmě celá řada, tedy ačkoli se snažíme shromáždit všechny známé, můžeme na druhou stranu stále objevovat nové a další. Je tedy příhodné znát ty nejčastější, kterým se můžeme vyhnout, a dále racionálně komunikovat s handicapovaným člověkem jako s rovnocenným komunikačním partnerem, kterým bezesporu je stejně tak jako ostatní pro něj (Slowík, 2010).

3.2.5.4. Komunikace s handicapovaným člověkem

Pokud jsou již známé běžné chyby v komunikaci, je vhodné zaměřit se na rady, jak s tělesně postiženým úspěšně komunikovat na všech komunikačních úrovních, ať již na společenských či profesních. Avšak pokud se zaměříme na profesi dentální hygieny, nebo obecně na prostředí ordinace stomatologie, stává se handicapovaný klientem, pacientem, ke kterému je nutné správně přistupovat. Koexistence s interním postižením samozřejmě formuje rámec životních podmínek, odráží se v redukci aktivit, příležitostí a přináší nemocnému zvýšené životní náklady, časová omezení, psychickou zátěž apod (Novosad, 2011).

3.2.5.4.1. Doporučení pro komunikaci v ordinaci

Handicapovaný člověk je v ordinaci primárně klientem jako každý jiný, pouze může a nemusí mít specifické potřeby, které musíme akceptovat a jen tak může být ošetření a profesionální přístup mezi zdravotníkem a jeho klientem úspěšný a na očekávané úrovni. Jelikož se tedy jedná o pacienta jako každého jiného, je potřeba nejprve dodržovat zásady práv pacientů, etický kodex, jež nám naznačuje chování k pacientům nebo klientům obecně. Až poté se můžeme zaměřit na specifika jednání se zdravotně postiženým klientem.

Pokud se tedy přímo zaměříme na možné problémy nebo omezení vzešlé ze zdravotního handicapu klienta v (stomatologické) ordinaci, je důležité znát povahu klientovy nemoci - v případě neznalosti můžeme dané téma konzultovat s odborníkem, literaturou či s handicapovaným osobně. Rozhodně není dobré neznalost přecházet, jelikož se nám to může negativně vrátit. Pokud tedy máme jasno ohledně povahy onemocnění klienta, můžeme následně zjistit, co nám dále vyplývá ohledně stylu života, a tedy i pracovní a jiná omezení, rizikové faktory ohledně bydlení, zabezpečení sociálními službami, náklady na stávající léčbu. Pokud má klient problémy s vyjádřením potíží, měli bychom zůstat trpěliví, počkat na vyjádření klienta a rozhodně nedoplňovat za klienta to, co nám chce říci dříve, než tak může učinit. V souvislosti s těmito problémy je vhodné zpětnou vazbou si ověřit, zda nám

klient správně rozuměl a my jemu. Vyšetření a ošetření somaticky postiženého pacienta je tedy časově náročnější, avšak nejenom pro nás, ale i pro klienty v ordinaci.

Lidé se zdravotním znevýhodněním mohou mít kompenzační pomůcky anebo vozíky, které do značné míry omezují a znesnadňují volný pohyb. Tito klienti jsou tedy omezeni dopravou a celkově dostupností stomatologické (avšak i jiné) péče, ale i vnitřním uspořádáním ordinace. Možnému omezení v pohybu je tedy potřeba přizpůsobit interiér budovy i přístup do ní a prostor před ní. Pokud se jedná o kompenzační pomůcky, je vhodné zajistit určitý manipulační prostor v ordinaci, aby vůbec mohlo k ošetření dojít.

Některým pracovníkům se může stát, že začnou na zdravotně postižené zvyšovat hlas a vyjadřovat se nepřiměřeně polopatickým způsobem, což je pro klienty nepříjemné a nedůstojné. Komunikace a styk s handicapovaným klientem by měl být tedy pro obě strany příjemným, aby se k nám klient pokud možno vracel, a abychom mu mohli adekvátně pomoci. Tohoto se dá jednoduše docílit jednáním s úctou a respektem, jelikož handicapovaní se snaží žít samostatně, bez závislosti na pomoci druhých a zdravotníci tyto osoby nesmí zklamat. Pokud tedy budeme ve stomatologické ordinaci připraveni na možné problémy, bude komunikace jistě příjemnější a klidnější, než pro nepřipraveného a neznalého zdravotníka (Novosad, 2011; Kilian, 1999; Bendová, 2007; Čechová, Melanová, Kučerová, 2004).

3.2.5.4.2. *Komunikace se specifickými skupinami lidí se zdravotním postižením*

3.2.5.4.2.1. Doporučení pro komunikaci s lidmi se zdravotním postižením na vozíku

Člověk, který má zdravotní postižení, a navíc potřebuje pro svůj pohyb vozík, je značně omezen právě tímto kompenzačním zařízením. Vozík se stává součástí člověka, jež jej využívá, a proto je jakýkoli zásah ovlivňující vozík také zásahem do integrity postiženého jedince. Nikdy bychom tedy neměli manipulovat anebo opírat se o asistenční vozík bez svolení toho, jež jej užívá. Pokud však (po dohodě) s vozíkem manipulujeme, je potřeba

respektovat určitá bezpečnostní pravidla. Nesmíme ohrozit osobu na vozíku nebezpečím úrazu, a také nesmíme omezovat ostatní osoby. Pokud vozík ovládáme, je pro vozíčkáře značně nepříjemné, pokud se do takových situací dostane, jelikož jej pak sám ze své pozice nemůže ovládat a řešit.

Co je u vozíčkářů nejdůležitější je jejich pozice vsedě na vozíku - tzn., že tyto osoby mají jiný zorný úhel, než jsme zvyklí. Pokud chceme na něco upozornit, měli bychom si tuto odchylku zorného pole uvědomit, zda je vůbec možné pro vozíčkáře danou situaci či věc vidět tak, jak ji vidíme my. Stejně tak není pro vozíčkáře příjemné stále otáčet hlavu dozadu, ať už za účelem nějaké věci anebo rozhovoru osob za vozíkem. Pokud tedy jsme ve společnosti, kde je alespoň jeden vozíčkář, veškerá komunikace má být vedena v zorném poli vozíčkáři, před ním nebo vedle něj, nikoli za ním. Pokud komunikujeme s vozíčkářem v klidu, je vhodné snížit se fyzicky na jeho úroveň - tzn. sednout si, pokud je to možné. Naše zvýšená pozice by jinak působila zbytečně dominantním dojmem, kterému se vozíčkář nemůže nijak bránit ani přizpůsobit.

Poslední a neméně důležitou součástí správné komunikace s vozíčkářem je to, že bychom nikdy neměli rozhodovat za člověka pohybujícího se pomocí rehabilitačního vozíku, zvláště jedná-li se o něco z jeho osobní oblasti.

Pokud budeme všechna tato pravidla znát, pomůže nám to zlepšit komunikaci s vozíčkáři, anebo vyhnout se případným problémům. Jen tak lze vytvořit partnerský vztah založený na porozumění, vzájemném respektu a toleranci za účelem společenské integrace a inkluze (Bendová, 2007; Slowík, 2010).

3.2.5.4.2.2. Doporučení pro komunikaci s lidmi se zdravotním postižením spojeným s komunikačními vadami

3.2.5.4.2.2.1. Specifika komunikace s člověkem s artikulačními obtížemi (dysartie)

Dysartie je porucha artikulace, která se projevuje zejména neobratností ve výslovnosti, a se kterou se můžeme setkat u handicapovaných pacientů

jako s přidruženou obtíží zejména v komunikaci. Dysartie je nejčastěji způsobena narušením koordinace artikulačního svalstva, popřípadě obrnou. Řeč bývá bohužel značně omezena z různých příčin, které všechny v důsledku vedou k velmi nesrozumitelné řeči. Nejenom že dochází k obtížím přímo s vyslovováním jednotlivých slov, ale také dochází často k přerývanému dýchání, které může způsobovat huhňavost anebo komplikuje správnou tvorbu hlasu. Projevy dysartie často přetrvávají dlouhodobě a není možné je zcela odstranit. Můžeme však využít určitá doporučení pro lepší komunikaci s takto postiženým člověkem.

Jedním z nich může být samozřejmě trpělivost. Vzhledem ke zhoršenému vyslovování bychom měli pozorně a nerušeně naslouchat, a také dávat najevo, zda jsme správně porozuměli či nikoli. Zpětná vazba je tedy v těchto případech velmi důležitá pro správnou komunikaci a vzájemné pochopení. Dysartie může v důsledku i zpomalit tempo řeči, měli bychom tudíž i tady být trpělivý, nespěchat a nechat takového člověka říci svým tempem, co potřebuje.

Pokud však došlo k nedorozumění, není špatné využít i jiných a často názorných pomůcek, které mohou vést k porozumění v komunikaci, například využití písma, obrázků, ukazování.

Ačkoli je někdy komunikace s osobami s dysartrií obtížnější, nesmíme zapomínat na fakt, že takto handicapovaný člověk naopak velmi dobře rozumí ostatním lidem - pouze nemůže skvěle využívat standardní řečové prostředky (Slowík, 2010).

3.2.5.4.2.2.2. Specifika komunikace s člověkem s afázií

Afázie je onemocnění způsobující omezení řeči, které je závažnější než předchozí jmenované postižení artikulace. Afázie se může projevovat v různých typech. Buď může být poškozena schopnost rozumět, anebo schopnost mluvit, anebo nejhorší varianta - smíšená forma poruchy, kdy jsou postiženy obě funkce současně (schopnost rozumět i schopnost mluvit). Afázie má obvykle původ v poškození mozkové hemisféry, a pokud je tímto

omezením v komunikaci zasažen tělesně postižený člověk, způsobuje mu afázie značné problémy ohledně jeho osobnosti.

Jelikož se s lidmi s tímto přidruženým postiženým můžeme setkat, je vhodné znát doporučení, která se dají v komunikaci použít. Pokud se jedná o nejhorší variantu, smíšený typ poškození obou funkcí (porozumění i řeči), tedy takto postižený člověk nemluví, ale ani nám nerozumí, je bohužel takto handicapovaný člověk závislý na péči terapeutů. Pokud se však jedná o první dva typy, řešení lze hledat snadněji. Při narušení schopnosti porozumění může člověk nadále mluvit a expresivně se vyjadřovat. Takto handicapovaný člověk se může tedy bez problémů vyjadřovat, nicméně ostatní musí být trpělivý a používat zpětnou vazbu, zda došlo v komunikaci k porozumění nebo nikoli. Pokud se však jedná o afázii, kdy je porušena složka řeči, handicapovaný nám může bez problémů rozumět, pouze však nemůže mluvit. V tomto případě musíme handicapovanému pomoci najít nějaký jiný způsob, jak by se mohl vyjadřovat bez schopnosti řeči. Člověk s tímto typem afázie obvykle používá prostého přikyvování (při souhlasu) a vrtění hlavou (při nesouhlasu), využívání ukazování, obyčejných obrázků, ale i speciálních obrázkových tabulek pro afatiky. Nedílnou pomocí pro komunikaci afatiků v současné době je využití počítačů a digitálního zobrazování. Právě počítačové technologie značně snížily důležitost tělesného výkonu a pohybových schopností a umožnily tak řadě lidí se závažným, pohybovým postižením najít dobré pracovní uplatnění apod. (Robb, Barrett, Komaromy, 2004; Slowík, 2010).

3.2.5.2. Základní doporučení při komunikaci se zdravotně postiženým

Výše vyjmenované přístupy zahrnují specifika v ordinaci a ve vztahu zdravotník - klient, dále pak přístup v komunikaci se specifickými skupinami lidí se zdravotním postižením, avšak nejdůležitější ohledně přístupu mezi lidmi bývá pouhý kontakt mezi lidmi, zde tedy mezi osobou zdravou a osobou se zdravotním znevýhodněním. Je možné shrnout několik vhodných rad a doporučení pro základní kontakt a komunikaci, které jsou také

univerzálnější, a dají se stejně tak jako v profesionální sféře použít i na prostý sociální kontakt, který poté může být příjemný a vhodný pro obě komunikační strany:

VNÍMÁNÍ SPOLEČNOSTI - nepovažovat postižení za nedostatek, neboť jsme to my, kdo považujeme člověka se zdravotním postižením za lišícího se a bezmocného

HLAVNÍ PROBLÉM - nepovažovat postižení a priori za problém - handicapovaný člověk má i spoustu jiných problémů a starostí (jako každý člověk), a ostatní by se neměli předem chovat tak, že jediným a hlavním problémem je právě samo postižení

INTELEKT - handicap tělesný nebývá automaticky spojen s handicapem mentálním, a také smyslovým - postižení je závažné v té formě, v jaké reálně je, a není vhodné jej primárně zhoršovat

SOBĚSTAČNOST - měli bychom považovat handicapovaného člověka za soběstačného a samostatného

AUTONOMIE - neříkat člověku se specifickými potřebami, co má dělat, nesnažit se změnit jeho chování - nemáme na to právo

SPOLUPRÁCE - nepracovat za člověka se zdravotním postižením - pracovat s ním

ASERTIVNÍ PRÁVA - postižený jedinec musí mít pocit, že má právo říci NE, když se chce prosadit a bránit

TRPĚLIVOST A ZPĚTNÁ VAZBA - pokud se postižený vyjadřuje obtížně, musíme mu nechat dostatek času pro vyjádření; zároveň je žádoucí ověřit si, zda jsme sdělení správně rozuměli, stejně tak zda handicapovaný rozuměl nám

PODPORA - handicapovaná osoba by měla být podporována, jelikož může společnosti svým vlastním způsobem také přispívat

DOPROVOD - pokud má handicapovaný doprovod, má jej kvůli svým potřebám a možné pomoci, anebo může být i pouhou společností handicapovaného - v komunikaci se tedy obracejme na toho, o kom právě mluvíme

ASISTENČNÍ PES - má-li člověk s postižením asistenčního psa, neměli bychom jej rušit při práci - tedy volat na něj, hladit jej či jinak na něj nepatřičně reagovat

Tyto základní rady jsou nejdůležitějšími body pro komunikaci s osobami se speciálními potřebami, nicméně stejně tak jako se liší jednotlivá onemocnění, tak se liší i každý jedinec. Můžeme se tedy řídit doporučením a akceptovat komunikační rady, avšak v konečném důsledku je nejdůležitější, abychom ke každé osobě zvlášť přistupovali zcela individuálně, protože jenom tímto způsobem můžeme dosáhnout správné komunikace s handicapovaným, která by nepostrádala patřičnou úctou a respekt, která by nedevalvovala somaticky postiženého jedince, a která by značila rovný, důstojný a partnerský vztah mezi námi a komunikačním partnerem, ať už s handicapem nebo bez (Slowík, 2010; Bendová, 2007).

3.3. Edukace osob s tělesným handicapem

Edukace je systém vzdělávání jedinců či skupin, a pokud se zaměříme i na jeho neformální formy, je edukace i činností, která je využívána ve stomatologické ordinaci, a obzvlášť v oblasti dentální hygieny. Správně vedená motivace s individuálním zaměřením na pacienta, kognitivní schopnosti klienta, adekvátní psychologický přístup, zohlednění věku a akceptance zdravotního stavu vedou ke správné edukaci pacienta v ordinaci dentální(ho) hygienist(k)y. Motivace i správně vedená instruktáž jsou prostředkem, který umožní za spolupráce pacienta a dentální(ho) hygienist(k)y úspěšnou prevenci či léčbu patologických stavů v dutině ústní. Edukace v této oblasti bývá obvykle individuální, ale i skupinová pro skupinu pacientů formou vzdělávacích přednášek. Edukace je tedy velice důležitou součástí správně vedené dentální hygieny, a bez ní není možné vést úspěšnou a dlouhodobou prevenci.

O to obtížnější je situace, kdy je subjektem osoba se specifickými potřebami, například člověk s tělesným znevýhodněním. Ačkoli nemusí zdravotní stav přímo ovlivňovat stav dutiny ústní, tak ovlivňuje zajisté oblasti sociální, ekonomické a psychické, a tedy ovlivňuje zdravotní stav jako celek. Nejenomže může zdravotní stav negativně přispívat na regeneraci a stav organismu i dutiny ústní, resp. péči o dutinu ústní, také však mohou ztěžující a bariérové podmínky zhoršit dostupnost zdravotnické i stomatologické péče pro pacienta. Tělesně znevýhodněný pacient má tedy překážky, se kterými musí v životě bojovat - a to se společností, zdravím, psychikou i financemi. Oblast dentální hygieny mu může být neznámou z důvodu neinformovanosti či nedostupnosti. Navíc má obvykle řadu zkušeností se zdravotnickými pracovníky, tedy záleží, zda negativních či pozitivních, a tyto zkušenosti mohou nadále a priori předpovídat vztah s jinými zdravotníky, například s dentální(m) hygienist(k)ou. Vzhledem k tomu, že známe psychologické přístupy, jak s tělesně postiženým klientem jednat, měli bychom jich využívat, protože jenom tak může být léčba a prevence z naší strany úspěšná

a pacient může mít poté uspokojivý stav dentální hygieny a dutiny ústní obecně.

Pokud však tělesné postižení omezuje i hrubou a obzvláště jemnou motoriku ruky, je domácí péče o dutinu ústní a instruktáž v ordinaci tímto faktem omezena, a pro oblast edukace a dentální hygieny je tedy výzvou, jak pacientovi co nejlépe pomoci, přičemž se musí stále klást důraz na čistě individuální přístup ke klientovi, zjistit jeho povahové schopnosti, osobní možnosti, vztah k dutině ústní, vlastní motivaci, finanční možnosti a hlavně individuální zkušenosti a individuální stav dutiny ústní, se kterou můžeme v ordinaci pracovat. Při akceptování všech těchto pohledů na pacienta jako individuální bytost s určitým zdravotním omezením můžeme nabídnout vhodný přístup, edukaci a ošetření, při kterém můžeme pacienta navést správným směrem ke zdravé dutině ústní.

Pokud se zaměříme přímo na edukaci znevýhodněných jedinců, věnuje se této oblasti specifická část edukace, konkrétně speciální pedagogika.

3.3.1. Speciální pedagogika

Speciální pedagogiku můžeme definovat jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby (Fischer, Škoda, 2008).

Tento vědní obor se tedy zabývá jedinci, kteří mají specifické (speciální) potřeby v oblasti fyzické, psychické a sociální, jejichž specifičnost se odvíjí od daného znevýhodnění a jeho rozsahu. Proto je důležité využívat speciálních a konkrétních metod a postupů, aby mohlo být umožněno uspokojování potřeb zdravotně postižených jedinců.

Osoba se speciálními potřebami je pro účely zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání definována jako osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění či užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření (Zákon č. 82/2015 Sb., ©2015).

Speciální pedagogika má také vymezené základní cíle, kterým se věnuje a které jsou dvojí - zároveň soustředění na zdravotně znevýhodněného a zároveň na pojetí společnosti. U postiženého jedince jde především o to, aby se s ohledem na rozsah, závažnost, trvání a dobu vzniku postižení dosahovalo co možná nejvhodnější socializace jedince. Co se týče cíle směřujícího na společnost, spočívá především v myšlenkových změnách některých členů společnosti ohledně postoje ke zdravotně znevýhodněným spoluobčanům. Zájem tohoto oboru je tedy především cílen na člověka, který žije s nějakým konkrétním znevýhodněním, u něhož potřebuje odbornou intervenci a vhodnou podporu.

Speciální pedagogika tedy není vědou o postižení, ale o člověku (Fischer, Škoda, 2008; Slowík, 2007).

3.3.1.1. Přístupy a hlavní postoje speciální pedagogiky

Vzhledem k současnému pohledu se speciální pedagogika snaží, aby její metody a prostředky směřovaly ke změnám ve společnosti a u samotných znevýhodněných jedinců, což se dá souhrnně nazvat jako principy humanizace a integrity.

3.3.1.1.1. *Humanistický přístup*

Pokud se zaměříme na postoje speciální pedagogiky ohledně znevýhodněných osob, je důležité uvědomit si, že se jedná o postoj současný, který však vychází z odlišných postojů historických. Pokud se zmíníme o některých hlavních historických postojích, je důležité zmínit postoj represivní (období starověku a část středověku), kdy byl vztah k postiženým jedincům – (tedy k jedinci odlišujícího se) nežádoucí, nepotřebný, odmítavý až lhostejný vztah. Následně v období středověku se změnila tendence v postoji k postiženým spočívající ve vyloučení postiženého ze společnosti, což se souhrnně označuje jako postoj segregativní. Postoj charitativní se zakládá na soucitu, kdy je postižený brán jako ubožák, který potřebuje pomoc. Tyto postoje byly rozvinuty za doby renesance, kdy se také objevuje první organizovaná pomoc, avšak na principu dobrovolnictví, tedy církev nebo šlechta. Všechny tyto postoje tendenčně směřovaly až k postoji

humanistickému, který klade důraz na zachování důstojnosti každého člověka a na pochopení specifických potřeb znevýhodněného jedince (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.1.2. *Integrační přístup*

Integrační snahy u znevýhodněných občanů souvisí s materiálními, ekonomickými a psychosociálními podmínkami, které se opírají o kvalitní a variabilní poradenské služby a také o legislativu, a vedou k integraci handicapovaných jednotlivců do většinové společnosti, což se dá pokládat za ukazatel úrovně povědomí a kulturní vyspělosti společnosti. Opakem integrace je segregace, tedy společenské vylučování. Začleňování do společnosti (tedy jejich nevyčleňování z běžné společnosti), pokud to charakter handicapu dovoluje, bývá obvykle realizován i běžnými postupy.

Integrační přístupy jsou velice důležité, stejně tak jejich akceptování, vzhledem k tomu, že nejde pouze o pomoc jednotlivcům se znevýhodněním, avšak také pracuje s faktem, že do situace postiženého se může dostat takřka kdokoli, tedy nejedná se pouze o problém a téma pro úzkou a specializovanou skupinu lidí, ale jedná se o potencionální problém každého jednotlivce v populaci. Cílem tedy není pouze změna a přizpůsobování jednotlivce, který je znevýhodněn a má specifické potřeby, ale jedná se především o celkovou změnu z pohledu sociálního, politického, a celkového intrapersonálního vztahu k handicapovaným lidem.

Mezi současné cíle speciální pedagogiky patří nově výchova vzdělávání intaktních jedinců ve společnosti ohledně jejich vztahu ke znevýhodněným lidem. Stěží lze očekávat, že většinová společnost se spontánně naučí přijímat znevýhodněné členy jako plnohodnotné a plnoprávné lidské jedince, pokud o jejich handicapu a jeho souvislostech nebude mít dostatek informací a také příležitostí ke vzájemnému kontaktu a sbližování s nimi i k jejich poznávání. Obě skupiny, tedy postižení a intaktní jedinci, se musí tedy naučit společnému soužití, což je otázka budoucnosti (Slowík, 2007; Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.1.2.1. Modely integrace

Integrativní snahy se dají charakterizovat dle různých modelů, přičemž každý z nich cílí na něco jiného. Jedním z nich je model medicínský, při kterém je léčba zaměřena především na překonání handicapu. Sociálně patologický model je naopak model, jež se zabývá otázkou společenské přizpůsobivosti a diskriminace, a věnuje se primárně problémům sociálním. Dalším z modelů je model prostředí, který se soustředí na přizpůsobování obvyklého okolí a institucí vzhledem k potřebám handicapovaného jedince. Antropologický model je modelem založeným na vzájemném respektu, který vede ke společenské realizaci znevýhodněných, a také k zlepšení mezilidských vztahů (Slowík, 2007).

3.3.1.1.2.2. Akceptace handicapovaných a intaktních osob

Jelikož je proces integrace procesem vzájemným, kdy jsou důležité vztahy a integrační postoje obou skupin, tedy znevýhodněných i většinové společnosti, jsou tyto vzájemné vztahy a vzájemná akceptace popisovány odlišnými mechanismy. Jedním z nich je asimilace, která popisuje přizpůsobování znevýhodněného do většinové společnosti v rámci jeho možností. Akodomace je dalším mechanismem, který je také soustředěn na přizpůsobování se ze strany handicapovaného většinové společnosti a jejím zásadám a pravidlům, nicméně tento vztah postrádá tlak na potlačování odlišnosti a jinakosti postiženého. Posledním a z hlediska integrace nejlepším mechanismem je adaptace, která popisuje oboustranné přizpůsobování, tedy znevýhodněného i společnosti (Slowík, 2007).

3.3.1.2. Mezioborová spolupráce

Speciální pedagogika zaujímá metody a principy výchovy, vzdělávání a edukace obecně ve všech formách, a ačkoli by se to tak mohlo na první pohled znát, nezaujímá pouze dětství a dospívání jedince prostřednictvím vzdělávacích institucí, nýbrž se soustředí na jedince i mimo hranice institucí. Mimo jiné se soustředí na edukaci po celý život jedince. Vzhledem k tomu, že doba působení není limitována věkem, je zde nutnost intrapersonálního vztahu speciální pedagogiky i za její hranice, a to většinou na oblasti

medicínské, biologické, psychologické, sociologické, ale i etické a filozofické. Existuje i spolupráce s obory, které se speciální pedagogikou nebývají spojovány často, ale to neznamená, že by byly neméně důležité. Pro názornost lze zmínit například ekonomii, právo a různé technické obory, například protetika, kybernetika a informatika (Slowík, 2007).

3.3.1.3. Handicap

Handicap neboli znevýhodnění manifestuje ve speciální pedagogice příčinu znevýhodněné skupiny osob. Projevuje se jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální (Slowík, 2007). Handicap býval dříve kategorizován striktně podle etiologie, avšak vzhledem k integračnímu pohledu se více nahlíží na handicap jako různý stupeň a rozsah znevýhodnění pro seberealizaci jedince. Bývá tedy spíše kategorizován dle vzniku, stupně a druhu znevýhodnění.

3.3.1.3.1. *Handicap dle doby vzniku*

Handicap dle doby jeho vzniku bývá kategorizován jako handicap prenatalní, perinatální, postnatální, ale také vzniklý v průběhu života (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.3.2. *Handicap dle stupně*

Handicap podle stupně je možno rozdělit na handicap lehkého, středního a těžkého stupně. První ze jmenovaných, tedy handicap lehkého stupně je definován minimální odlišností od normy. Z toho vyplývá, že pokud jde o plné zařazení takto handicapovaných jedinců do společnosti, využívají se speciální metody pouze v některých případech, leckdy však bývá využíváno běžných postupů a běžných pedagogických prostředků (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.3.3. *Handicap dle druhu*

Handicap s přihlédnutím na jeho druh můžeme rozdělovat na poruchy somatické, poruchy komunikace, poruchy mentální a poruchy chování.

Somatické neboli tělesné poruchy jsou charakterizovány ztrátou nebo omezením hybnosti, a jsou buď vrozené či získané (následky úrazů či nemocí).

Poruchy komunikace postihují zejména vnímání smyslů (zraku a sluchu) a poruchy řeči, jež jsou charakterizovány poruchami vnímání, reakcí na podněty, a vůbec poruchami přijímání a zhodnocování podnětů.

Poruchy mentální se vyznačují poruchami rozumových schopností, které mohou vznikat jako handicap vrozený či získaný v průběhu života.

Poslední ze jmenovaných, poruchy chování, jsou poruchy, které zahrnují odchylky ve vzorcích chování, které bývají pro společnost nežádoucí, nechtěné nebo nepřijatelné (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.4. Rozdělení speciální pedagogiky

Speciální pedagogika je vnitřně rozdělena na několik subkategorií, což vychází z předpokladu, že na každou skupinu je potřeba využít specifických metod a přístupů. Kategoriemi jsou: Etopedie (poruchy chování a sociální deviace), psychopedie (mentální postižení), somatopedie (nemocní, zdravotně oslabení, jedinci s omezením mobility), logopedie (poruchy v oblasti komunikačních schopností), surdopedie (postižení sluchu), oftalmopedie/tyflopédie (porucha vnímání zrakem), speciální pedagogika s parciálními nedostatky (specifické poruchy učení), a speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením (kombinace dvou a více druhů postižení).

Za další, vymezuje se i speciální pedagogika pro mimořádně nadané jedince.

Dále je možné speciální pedagogiku rozdělit na oblasti dle věku, na které cíleně působí. Jedná se tedy o speciální pedagogiku věku předškolního, věku školního, o speciální pedagogiku dospělých (speciální andragogika) a speciální pedagogika seniorů (speciální gerontagogika).

Speciální andragogika je obor pro velmi četnou skupinu lidí, tudíž musí zahrnovat i široké spektrum vzdělávacího procesu. Pod andragogiku se dá zařadit vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému, ale i mimo něj, dále pak zvyšování dosaženého stupně vzdělání a celoživotní vzdělávání.

Andragogika slouží především k rozvoji schopností, obohacení znalostí, zvýšení nebo změny kvalifikace a změny postojů a názorů. Především cílí na rozvoj osobnosti a seberealizaci, která je nutná pro občanskou zodpovědnost. Pokud se zaměříme na speciální andragogiku, a zejména speciální andragogiku handicapovaných, je možné veškeré jmenované cíle andragogiky aplikovat i na handicapované. Dále pak, podmínkou pro správnou speciální andragogiku handicapovaných je aktivní participace handicapovaného, a její výsledky vedou k uspokojování alespoň části specifických potřeb znevýhodněných (Krahulcová, 2002; Slowík, 2007; Krejčířová, 2002; Fischer, Škoda, 2008).

3.3.1.5. Somatopedie

Somatopedie je oblast speciální pedagogiky, jejíž oblastí zájmu jsou osoby tělesně postižené (s omezením hybnosti), osoby dlouhodobě nemocné a osoby zdravotně oslabené, a která v důsledku připravuje tyto osoby na život ve ztížených a specifických životních podmínkách a na socializaci těchto osob. Název somatopedie je složen z řeckých slov soma (tělo) a paidea (výchova).

Význam somatopedie spočívá ve vědeckém zkoumání vnějších a vnitřních podmínek výchovy a v rozpracovávání a ověřování obsahu, forem, prostředků a metod výchovy a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených (Krejčířová, 2002; Slowík, 2007).

3.3.1.5.1. Klasifikace somatopedie

Somatopedie má širokou oblast zájmu, a proto se dá rozdělit pro osoby s odlišnými somatopatologiemi, s odlišným typem znevýhodnění, s odlišnou dobou vzniku handicapu a s odlišnou etiologií. Tento vědecký obor zahrnuje osoby, které mají určitou somatopatologii co se týče zdravotního stavu, tedy postižení hybnosti, dlouhodobé onemocnění či zdravotní oslabení.

Somatopedie může být jediná anebo v kombinaci více handicapů. Vzhledem k době vzniku můžeme oblasti zájmu somatopedie rozdělit na vrozené (vrozené vývojové vady) či získané (úrazy, následky onemocnění).

Dále je možné v somatopedii rozlišovat příčiny handicapu jedince dle etiologie handicapu. Můžeme tedy rozlišovat tělesné odchylky a oslabení (např. vady páteře), tělesné vývojové vady, úrazy (např. poranění páteře a míchy), následky nemocí (encefalitidy, nádorová onemocnění), dětská mozková obrna (DMO), dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení (oslabení imunity, epilepsie, onkologická onemocnění apod.).

V poslední době vznikají tělesná získaná postižení vzhledem ke špatnému životnímu stylu vlivem nesprávného držení těla, nedostatku pohybu či poškození opěrného aparátu vlivem zvýšené váhy.

Dle věkové kategorie působnosti tohoto oboru lze vymezit dělení na somatopedii předškolního věku, věku školního, dospělých a seniorů (Krejčířová, 2002; Slowík, 2007).

3.3.1.5.2. *Mezioborová spolupráce v somatopedii*

Somatopedie je obor speciální pedagogiky, který využívá specifických metod za specifických podmínek, a vede ke vzdělávání v zařízeních školských, zdravotnických a sociálních. Vzhledem k širokému uplatnění a komplexnosti vzdělávání je pro somatopedii důležitá spolupráce odborníků - především psychologů, sociologů, lékařů a fyzioterapeutů. Obory, se kterými bývá somatopedie spojována, jsou dle charakteru handicapu převážně biologie, neurofyzilogie, patopsychologie, psychopatologie, somatopatologie, pediatrie, kineziologie a ortopedická protetika (Krejčířová, 2002).

3.3.1.5.3. *Somatopedie a společnost*

Moderní pohled na vzdělávání není omezen pouze na získávání a rozšiřování rozumových vlastností, avšak na rozvoj všech stránek osobnosti. Stejně tak handicap není omezen pouze na existenci handicapu jako zdravotního znevýhodnění, avšak handicap se pro jedince stává handicapem až z důvodu nedostatečné integrace do většinové společnosti. To znamená, že ačkoli může být jedinec medicínsky zdravotně postižený, pedagogicky nikoli a může využívat standardních pedagogických prostředků, nikoli specifických. Avšak integrace do společnosti jako taková není jednoduchá, vzhledem k

časté viditelnosti postižení a omezení mobility. A ačkoli existuje řada pomůcek, zařízení, technického vybavení pro usnadnění života handicapovaných, ani sebelepší prostředky nemohou být plně účinné proti řadě překážek v životě. Vzhledem k této obtížnosti moderní architektura povinně zahrnuje do svých plánů budov a zařízení bezbariérové opatření, obzvláště je týká se to především veřejných budov a u uzpůsobenosti veřejných míst.

Velice důležitým prostředkem je také sociální bezbariérovost, tedy vstřícnost a rovnost vnímání i příležitostí pro handicapované osoby.

Vzhledem k těmto problémům, somatopedie se často uplatňuje i jako komplexní rehabilitace, tedy řešení komplexu problémů v životě znevýhodněných lidí, jako například otázka pracovního uplatnění, sociální kontakty, fyzický i kulturní rozvoj, seberealizace handicapovaných a hlavně individuální přístup ke každému jedinci zvlášť (Krejčířová, 2002; Slowík, 2007).

3.3.2. Edukace jedinců s handicapem

Subjektem v edukaci může být celá řada lidí, mimo jiné i tělesně postižení, tedy jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami (např. omezení hrubé či jemné motoriky ruky), u kterých povaha postižení ovlivňuje metody a principy edukace.

Edukace může být zajišťována formálním vzděláváním (často prostřednictvím institucí), ale i neformálním (i mimo instituce, využívající neformální prostředky).

Vzdělávání lidí s handicapem probíhá v souladu s principy integrace, kdy se může jednat (a pokud je to možné nejčastěji jedná) o integraci individuální, tedy plné začlenění osoby s tělesným postižením do přirozeného sociálního prostředí majoritní společnosti. Je náročná na odborné vedení a prostředky speciálně pedagogické podpory (Fischer, Škoda, 2008). Individuální integrace zahrnuje přímý kontakt lidí intaktních a handicapovaných, kteří žijí v partnerském soužití. Integrace skupinová je další možnou formou integrace, kdy se jedná o vzdělávání stejně zdravotně

handicapované skupiny ve skupině intaktních lidí, či ve skupině jinak zdravotně postižených. Poslední formou integrace je vzdělávání ve specializačních zařízeních (speciální školy), které nabízejí jen minimální kontakt s intaktní společností a tedy zhoršují samotnou integraci do většinové společnosti.

Edukace lidí se zdravotním znevýhodněním je aplikována pro různé kategorie, prakticky od narození do konce života. Nejvíce je rozvinuta a kategorizována do stavu dospělosti, tedy i v institucionalizovaném školství (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.2.1. Raná péče

V ideálním případě by měla být raná péče aplikována v co nejkratším čase, tedy co nejdříve po diagnóze handicapu. Jen tak získá např. rodina malého dítěte potřebnou podporu ze strany odborníků. Pro takové případy kromě specifických zařízení ve specifických oblastech edukace (např. zdravotnická zařízení) existují převážně speciálně pedagogická centra (Slowík, 2007).

3.3.2.2. Předškolní a školní vzdělávání

Pokud to zdravotní stav a možnosti jedince umožňují, a zároveň možnosti a vybavení vzdělávací instituce, upřednostňuje se vzdělávání dětí, žáků a studentů v prostředí běžném, tedy integrace individuální. S individuální integrací musí počítat i rámcové vzdělávací programy institucí, v nichž je přístup ke vzdělávání žáků se specifickými potřebami zpracován pod školním vzdělávacím programem. Handicapovaný člověk může až na výjimky (způsobené nedokonalou psychomotorickou koordinací, omezením v hrubé i jemné motorice) s kompenzačními pomůckami plnit specifické potřeby handicapovaných jedinců absolvovat většinu školních předmětů. Při určitých zdravotních specifických omezeních a u specifických vzdělávacích potřeb je vhodné upravit obsah vzdělávání v určitých předmětech, kde mohou být konkrétní problémy. Učební obsah by tedy měl být převážně zaměřen na logickou stavbu, podstatné procesy a poskytování dostatečných kompenzačních pomůcek pro zvládnutí dané látky.

Pedagogicko-psychologické poradny ve spolupráci se školou a rodiči žáka/studenta pak vypracovávají individuální vzdělávací plán, který je rozdělen na několik úrovní. Úroveň první je rozpracována podle schopností a individuálního tempa jedince a vede k možnosti využití předpokladů jedince. Druhá úroveň individuálního vzdělávacího plánu je založena na individuálním vyučování a hodnocení, které následně vedou k získání zpětné vazby systému pro možné následné úpravy. Tato úroveň umožňuje pracovat s žákem či studentem na té úrovni, které aktuálně dosahuje. Třetí úroveň spočívá v zapojení rodičů, a tedy získání jejich spoluodpovědnosti na vzdělávání. Čtvrtá úroveň předpokládá aktivní účast žáka, který sám přebírá odpovědnost ve vzdělávacím procesu (Slowík, 2007; Fischer, Škoda, 2008).

3.3.2.2.1. *Vzdělávání a prostředí domova*

Pokud je vyžadována úspěšná integrace a úspěšné vzdělávání dítěte, žáka či studenta s tělesným handicapem, je důležité aktivně zapojit i rodiče dítěte. Nejenomže rodiče podporují dítě doma při vzdělávání, zejména nejlépe tím, když dítě dostává menší celky učiva, jež jsou podávány v kratších časových intervalech. Zároveň však rodič poskytuje učiteli a škole zpětnou vazbu a informace o jeho dítěti, které pak mohou vhodně sloužit pro nastavení vzdělávacího postupu a individuálního přístupu odrážejícího schopnosti a zdravotní stav handicapovaného žáka či studenta.

Rodiče jsou navíc nejlepší podporou, která handicapovaného patřičně motivuje, a pomáhá mu najít spektrum zájmů (Fischer, Škoda, 2007).

3.3.2.2.2. *Vzdělávání a prostředí školy*

Vzhledem k okolnostem je možné, aby škola handicapovanému nabídla asistenta pedagoga, jež pomáhá pedagogovi ohledně edukace žáků a převážně žákům se specifickými vzdělávacími potřebami. Zároveň však charakter postižení nesmí vyžadovat přílišnou individuální péči na úkor ostatních studentů, jelikož by tento postoj integraci znemožnil a mohl by způsobit i negativní přístup k handicapovanému studentovi.

Co se týče pedagogů, je požadavkem, aby byl pedagog v oblasti speciální pedagogiky dostatečně informován a vzdělán. Přístup pedagoga je hlavním vzorem k přístupu ostatních žáků, tedy napomáhá integraci znevýhodněného žáka či studenta do společnosti intaktních dětí.

Škola však pro umožnění studia tělesně postiženého musí být technicky a materiálně vybavena - tedy zajištění bezbariérového prostředí, výtahů a zajištění celkové mobility tělesně postiženého žáka. Pokud to charakter postižení vyžaduje, je vhodné, aby byla škola vybavena speciálními vzdělávacími pomůckami pro specifické potřeby handicapovaného. Vůbec z nejvýznamnějších pomůcek a technických zařízení pro handicapovaného je oblast výpočetní techniky. Nejen že nabízí využití jako skvělý didaktický prostředek (interaktivní tabule, výukové programy), ale také socializační prostředek, který umožní integraci do zdravé společnosti. Pokud má handicapovaný problémy s motorikou, existují různé úpravy klávesnic pro eliminaci důsledků handicapu, dotykové obrazovky, stejně tak jako využití trackballu (otáčení kuličky) místo počítačové myši (Fischer, Škoda, 2008).

3.3.2.3. Adolescence

Během vzdělávání v institucích je postupně dítě, žák i student dispenzarizován na odborných pracovištích. Svou roli zastávají i školská poradenská zařízení, tedy pedagogicko-psychologické poradny (diagnostika a poradenství ohledně specifických poruch učení) a speciálněpedagogická centra (specializace na příslušné znevýhodnění). Adolescent opouští školu, ji tedy opouští v individuálním zdravotním a psychickém stavu, s individuálním stupněm soběstačnosti, přičemž období dispenzarizace končí a následné problémy nejsou tak komplexně řešeny, jako u žáků či studentů v rámci školských institucí a specializovaných poraden (Slowík, 2007; Nosek, 1996).

3.3.2.4. Dospělý věk a stáří

Lidé s tělesným postižením, tak jako kterýkoli jiný člověk, mají právo vzdělávat se a rozvíjet se po celý život. Pokud toto vzdělávání vyžaduje specifické potřeby, věnuje se mu pro dospělé speciální andragogika pro

seniory speciální gerontagogika. Celoživotní vzdělávání je tedy záměrné a cílené, vede k sebevýchově a seberealizaci, a podstatnou podmínkou je dobrovolná participace. Veškeré vzdělávání v průběhu dospělého života dotváří osobnost jedince, přičemž o obsahu i formách průběhu si rozhoduje dospělý člověk sám. Celoživotní vzdělávání lze chápat jako uspokojování části specifických potřeb jedince, jak intaktního, tak tělesně handicapovaného (Slowík, 2007; Krahulcová, 2002).

3.3.3. Edukace v dentální hygieně

Edukace je nedílnou součástí dentální hygieny, protože umožňuje odborníkům v oblasti stomatologie vzdělávat pacienty ohledně jejich dentálního zdraví. Různými edukačními prostředky a metodami je možné zlepšit stav dutiny ústní, a především jedince motivovat, aby se zaměřil na své orální zdraví. Nedílnou součástí edukace je i praktická ukázka dentálních pomůcek, jelikož každá pomůcka dentální hygieny má svá specifika správného užívání, aby byla tato pomůcka efektivní a účinná.

Edukace může být skupinová či individuální, přičemž individuální je z hlediska účinnosti nesrovnatelně lepší, ačkoli je časově náročnější.

U tělesně handicapovaných jedinců je edukace o dentální hygieně prováděna v souladu s respektováním konkrétního zdravotního stavu jedince, a zároveň dodržuje pravidla o správné komunikaci a přístupu k tělesně znevýhodněným jedincům. Vzhledem k tomu, že je cílem pacienta naučit nové informace a schopnosti, kombinuje edukace tělesně postižených také speciální pedagogiku a její zásady. Pouze pokud jsou všechny tyto oblasti kombinovány a dodržovány, je možné edukovat tyto pacienty v oblasti dentální hygieny tak, aby byla tato edukace úspěšná.

3.4. Dentální hygiena u tělesně handicapovaných jedinců

Dentální zdraví u jedinců s tělesným postižením bývá obvykle horší než u jedinců zdravých, vzhledem k tomu, že přístup k orálnímu zdraví komplikuje povaha postižení. Toto znevýhodnění může jedince limitovat v oblasti fyzické, psychické i sociální. Nicméně je dokázáno, že správnou dentální hygienou lze dosáhnout srovnatelných nebo i lepších výsledků než u jedinců ze zdravé populace.

Špatný stav dentální hygieny může ohrozit celkový zdravotní stav jedince, což představuje u jedince handicapovaného další zátěž. Výrazně horší výsledky v oblasti dentální hygieny jsou u handicapovaných, kteří potřebují na provádění dentální hygieny asistenci, anebo kteří nežijí samostatně, ale v ústavech sociální péče či navštěvují stacionáře. Personál není proškolen ohledně správného provádění ústní hygieny, ústní hygiena je tedy prováděna v omezeném rozsahu a stomatologická prevence není prakticky vůbec poskytována.

Proto je velmi důležitá role profesionála v oblasti dentální hygieny, aby tyto pacienty (popř. jejich asistenty) správně instruoval k péči o dutinu ústní. Pro každodenní domácí péči je nejdůležitější naučit pacienta především základy dentální hygieny – jak a čím správně čistit zuby (Hayasaki, 2014; Šalandová, 1998).

3.4.1. Mechanické prostředky dentální hygieny

3.4.1.1. Manuální zubní kartáček

Manuální zubní kartáček je nejčastější pomůckou pro odstraňování plaku a zbytků potravy z povrchu zubů. Za správný zubní kartáček je obvykle považován takový kartáček, který má krátkou hlavici (15-25 mm) se středně tvrdými či měkkými syntetickými vlákny se zaobleným koncem. Vlákna by měla být vzájemně těsně uspořádána (multi-tufted), a zároveň na šířku kartáčku spadají 3-4 snopce vláken (Weber, 2006).

3.4.1.2. Elektrický zubní kartáček

Elektrické kartáčky jsou dvou typů, rotačně oscilační a sonické. Důležité je u obou typů akceptovat doporučené používání kartáčku – pokud jsou kartáčky správně používány, nedochází k poškození skloviny. Pokud však nejsou dobře používány, zvláště u rotačně oscilačních kartáčků může docházet k poškození skloviny a vzniku gingiválních recesů. Proto je označován za vhodnější druhý typ elektrických kartáčků, tedy sonické kartáčky, které kombinují vysokorychlostní stírání a vychylování hlavice kartáčku. Navíc vytváří dynamickou vlnu spojením proudu vody, slin a pasty, čímž se dostává i do interdentálních prostor (Philips, ©2016; Saxer 2004).

3.4.1.3. Mezizubní kartáčky

Používání pouze zubního kartáčku nestačí pro správnou hygienu dutiny ústní, jelikož nedochází k čištění interdentálních prostor. Proto je potřeba používat ještě mezizubní pomůcky, a jednou z nich je mezizubní kartáček. Existují dva typy mezizubních kartáčků podle jejich tvaru, cylindrické a trojúhelníkové. Je nutné, aby byl mezizubní kartáček vybrán tak, aby odpovídal velikosti mezizubních prostor. Díky jeho pravidelnému užívání lze předejít vzniku zánětu dásní (Buxeraud, 2012).

3.4.1.4. Zubní nit

Zubní nit je používána jako alternativa mezizubního kartáčku, anebo na místech, kde nelze mezizubní kartáček zavést. Používá se namotaná na prsty, ve smyčce anebo ve speciálním držáku. Zubní nit se zavádí do interdentálního prostoru přes bod kontaktu až do gingiválního sulcu, kde očistí tahem zpět k bodu kontaktu obě plochy interdentálního prostoru. Pro dentální můstky či zubní implantáty se doporučuje používat speciální zubní nit – superfloss (Botticelli, 2002).

3.4.1.5. AirFloss

Airfloss (Philips Sonicare AirFloss Ultra) je považován za alternativu pro čištění mezizubních prostor v případě nesprávného používání mezizubních pomůcek či jejich vynechávání. Funguje na principu stříku směsi

vzduchu a mikrokapiček vody pod tlakem přímo do mezizubního prostoru. Pro své jednoduché a rychlé používání může být kladně hodnocen u handicapovaných pacientů, zvláště u pacientů s poruchou motoriky ruky. Jeho nevýhodou je však vyšší pořizovací cena ve srovnání s mezizubními kartáčky či nití (Philips, ©2016).

3.4.1.6. Solo kartáček

Solo kartáček/single kartáček/jednosvazkový kartáček je speciální pomůcka s jedním svazkem vláken, která se používá na čištění obtížně dostupných míst, popřípadě i na důkladné očištění celého chrupu. Vláčna kartáčku se přikládají na povrch zubu, který vibračními pohyby čistí podél okraje gingivy. Kromě obtížně dostupných míst (individuálně dle chrupu pacienta) bývá obvykle indikován pro distální plochy posledních laterálních zubů, pro linguální a palatinální plochy zubů, dále také pro čištění fixních ortodontických aparátů a pro dentální implantáty (Botticelli, 2002).

3.4.2. Chemické prostředky dentální hygieny

3.4.2.1. Zubní pasta

Zubní pasty jsou používány spolu se zubním kartáčkem pro čištění zubů, tedy odstranění plaku a zbytků jídla z jejich povrchu. Zároveň může být zubní pasta nosičem řady přísad se speciálními účinky i léčebných látek. Z preventivního hlediska obrany skloviny proti vzniku zubního kazu bývají zubní pasty obohaceny o fluoridy v různých sloučeninách a v různé koncentraci. Nejnižší koncentrace 250-400 ppm sloučenin fluóru je obsažena v pastách pro děti, 1000-1500 ppm obsahují pasty pro dospělé, a nejvyšší koncentraci 1800-2500 ppm najdeme v pastách terapeutických (Botticelli, 2002; Kilian, 1999).

3.4.2.2. Ústní vody

Ústní vody jsou roztoky určené pro výplachy dutiny ústní, tedy doplňují domácí dentální hygienu, a mohou být nosičem různých antibakteriálních látek. Významné postavení mají roztoky s obsahem chlorhexidinu, který je považován za velice účinnou antibakteriální látku, avšak vzhledem k vedlejším

účinkům projevujícím se diskolorací zubů se může používat pouze krátkodobě. Ústní vody bývají obohaceny také o fluoridy vzhledem k prevenci vzniku zubního kazu (Weber, 2006).

3.4.3. Techniky čištění zubů

3.4.3.1. Horizontální metoda

Velmi jednoduchá, avšak neefektivní metoda, kdy je kartáček orientován kolmo na plošky zubů, přičemž jsou vykonávány horizontální pohyby. Většinou je používána pouze pro okluzní plochy (Weber, 2006; Kilian, 1999).

3.4.3.2. Foneho metoda

Vlákna kartáčku se při této metodě pohybují krouživě, přičemž je hlavička přiložena kolmo k ploškám zubů. Tato metoda je doporučována pro děti (Weber, 2006; Kilian, 1999).

3.4.3.3. Metoda „roll and sweep“

Vlákna kartáčku jsou pod úhlem 30-45° přiložena na gingivu, odkud jsou vertikálně stahována směrem k okluzním plochám. Tato metoda bývá označována také jako metoda „od červeného k bílému“, a je vhodná pro děti (Weber, 2006; Kilian, 1999).

3.4.3.4. Modifikovaná Stillmanova metoda

Vlákna kartáčku jsou při této metodě přiložena na gingivu pod úhlem 45°, přičemž se kartáček posouvá vertikálně směrem k okluzi, a zároveň vykonává také vibrační pohyb. Tato metoda je indikována pro pacienty se zdravým parodontem (Weber, 2006; Kilian, 1999).

3.4.3.5. Chartersova metoda

Vlákna kartáčku jsou umístěna v úhlu 45° k okluzi, přičemž se drobnými vibračními pohyby dostávají až do interdentálního prostoru. Tato technika bývá také podle směru pohybu kartáčku nazývána „od bílého k červenému“, tedy směr ke gingivě. Chartersova metoda je indikována pro nemocný parodont, a také se vyznačuje svou náročností (Weber, 2006; Kilian, 1999).

3.4.3.6. Bassova technika

Bassova technika bývá označována také jako sulculární, jelikož vlákna kartáčku jsou pod úhlem 45° přiložena tak, aby pronikala do sulcus gingivalis. Hlavička kartáčku je vedena tím způsobem, aby jeho vlákna vykonávala malé vibrační pohyby. Ve frontálním úseku z orální strany je doporučováno přetočit hlavičku kartáčku vertikálně pro dostupnost těchto míst. Tato technika je doporučována pro nemocný i zdravý parodont (Botticelli, 2002).

4. Praktická část

4.1. Materiál a metodika

Metodika, která byla použita pro získávání informací pro praktickou část, zahrnovala dotazníkové šetření (dotazník o zubní péči a dotazník o zpětné vazbě po přednášce) a přednášky.

První dotazník se týkal zubní péče. Cílem šetření bylo získat data o přístupu k handicapovaným, o přizpůsobení ordinace, o dostupnosti stomatologické péče, a dále také o dentálních pomůckách, a o poučení ohledně správné péče o dutinu ústní.

Celé dotazníkové šetření ohledně zubní péče probíhalo anonymně, přičemž tuto informaci obdrželi před vyplňováním i respondenti. Většina otázek byla pokládána formou výběru z uzavřených odpovědí (pokud ne, jednalo se o polouzavřené otázky s možností odpovědi „jiné“). Jedna z úvodních otázek, tedy otázka ohledně typu handicapu, měla informativní charakter, který filtroval respondenty; tedy dotazník pokračoval dále pouze u odpovědí „tělesný handicap“ či „kombinované postižení“. Toto filtrování zajišťovalo získání odpovědí pouze od cílové skupiny lidí.

První čtyři otázky byly zaměřeny na osobní informace o respondentech, další byly zaměřeny na frekvenci návštěv ordinace zubního lékaře/lékařky a dentální(ho) hygienist(k)y. Následovala část věnovaná spokojenosti handicapovaných s nabízenými službami a s jejich kvalitou. Poté byly otázky zaměřeny na manuální pomůcky, které zdravotně znevýhodnění používají pro čištění zubů. Poslední část dotazníku byla věnována zjištění o poučení (ohledně péče o dutinu ústní) pro klienty ze strany odborníků.

Druhým dotazníkem byl dotazník k přednášce o základech péče o dutinu ústní. Cílem šetření bylo získat zpětnou vazbu k realizovaným přednáškám. Dotazník byl rozdělen na otázky zaměřené na osobní informace o respondentech, a na otázky zaměřené na získávání zpětné vazby a konkrétních názorů. Dotazník byl rozčleněn dále na 3 uzavřené otázky, 6 polouzavřených (s možností odpovědi „jiný/á/é“), a 3 otevřené otázky (jedna se týkala kraje bydliště, další dvě se týkaly konkrétních pozitivních či

negativních názorů na přednášku). Respondenti z přednášek byli upozorněni, že dotazník je anonymní.

Přednášky o dentální hygieně a správné péči o dutinu ústní obsahovaly dle technických možností doplnění formou prezentace s obrázky a fotografiemi, stručné osvětlení problematiky spočívající ve vysvětlení vzniku patologických jevů podmíněných plakem (zubní kaz, gingivitis, parodontitis). Dále byly přednášky zaměřeny na dentální hygienu, tedy mechanické i chemické pomůcky dentální hygieny, čištění zubů i mezizubních prostor, péče o snímací aparáty, péče o protetiku, informace o prevenci a o návštěvách u zubního lékaře a dentální hygienistky. Také obsahovaly workshop o čištění zubů s pomůckami, které posluchači dostali pro možnost vyzkoušení.

4.2. Soubor

Soubor praktické části je tvořen respondenty z dotazníkového šetření (první i druhé šetření), a posluchači na přednáškách.

První z dotazníků – tedy dotazník ohledně zubní péče byl rozeslán v elektronické podobě do řady organizací, které se primárně či jen okrajově zabývají tělesně postiženými lidmi. Dále byly žádosti spolu s dotazníky uveřejněny na internetových portálech, konkrétně na webových stránkách vozejkov.cz (komunitní portál nejen pro vozíčkáře s poraněním míchy), muzes.cz (časopis o překonávání bariér pod organizací Konto Bariéry), a sensen.cz („senzační senioři“, projekt pod organizací Konto Bariéry pro aktivní seniory). Vyplněných dotazníků bylo celkově 272. Jejich návratnost byla 64,8%, což znamená poměr vyplněných a zobrazených dotazníků na internetu.

Druhým dotazníkem byl dotazník k přednášce o základech péče o dutinu ústní, který byl fyzicky rozdáván zúčastněným po realizaci přednášek, a kdo chtěl, mohl jej vyplnit.

Následně získaná data (z obou dotazníků) byla zpracována v programu Microsoft Excel 2013.

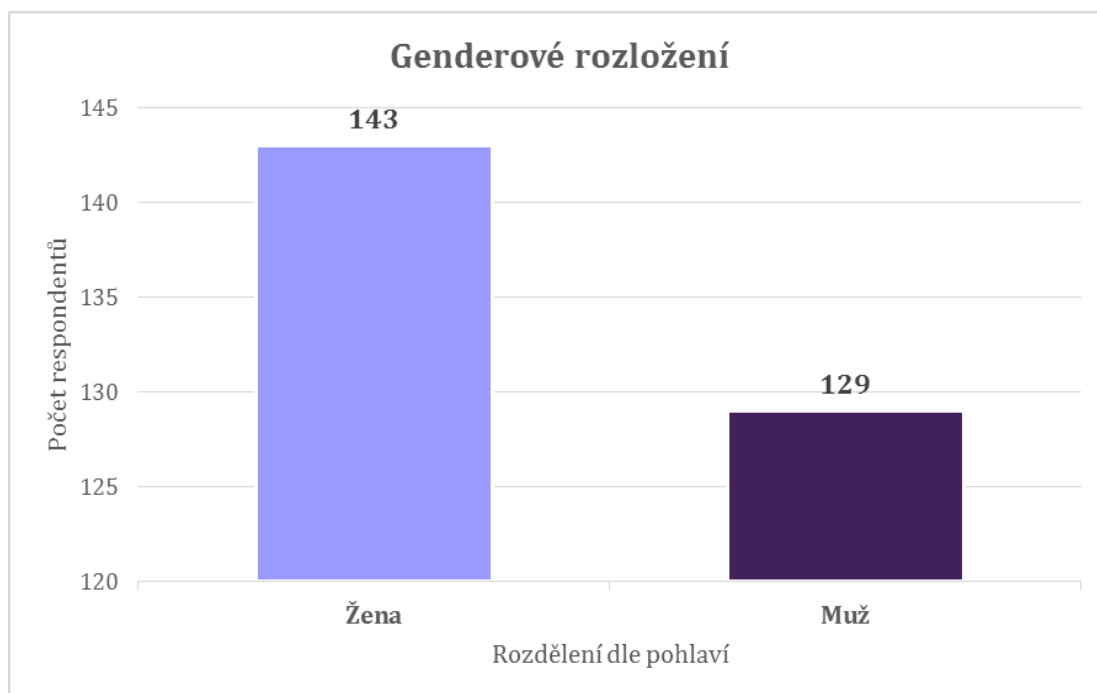
Přednášky o dentální hygieně a správné péči o dutinu ústní byly realizovány na 3 místech v České republice pro tělesně handicapované osoby,

konkrétně ve Svazu tělesně postižených v České republice v místní pobočce Flora (Praha 4), v místní pobočce Blatná (Jihočeský kraj), a v organizaci Život bez bariér z.ú. v Nové Pace (Královehradecký kraj). Kromě skupinových přednášek byly provedeny i dvě přednášky individuální, z čehož jedna byla pro tělesně handicapovaného pacienta s částečným poškozením motoriky ruky (kvadruparéza), přičemž daná instruktáž byla přizpůsobena tomuto zdravotnímu znevýhodnění.

4.3. Výsledky dotazníku ohledně péče o dutinu ústní

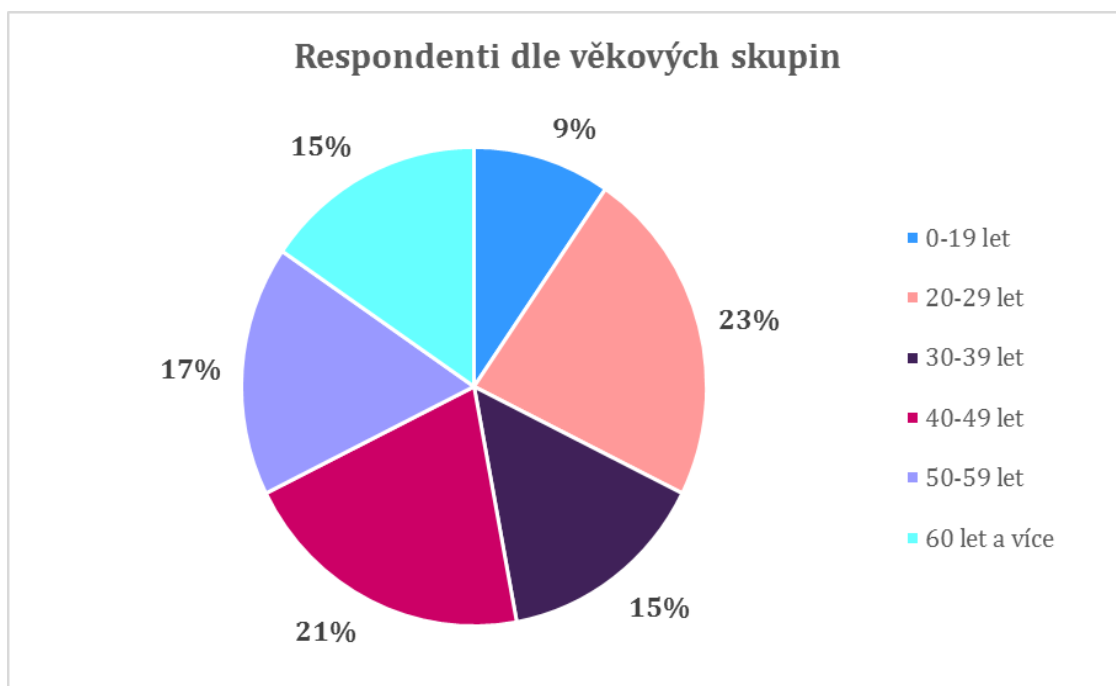
4.3.1. Otázky zaměřené na informace o respondentech

Graf 1 otázka č. 1: **Vaše pohlaví?**



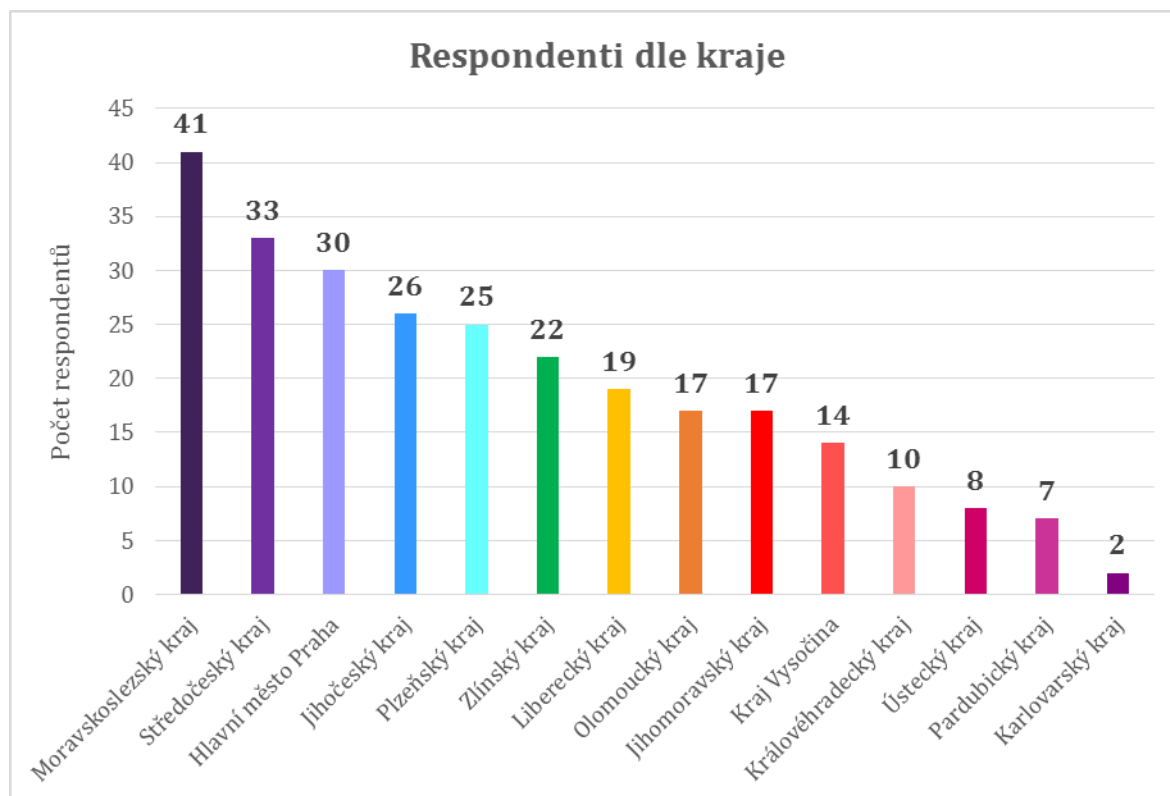
Z celkového počtu respondentů bylo 143 žen a 129 mužů.

Graf 2 otázka č. 2: **Jaký je váš věk?**



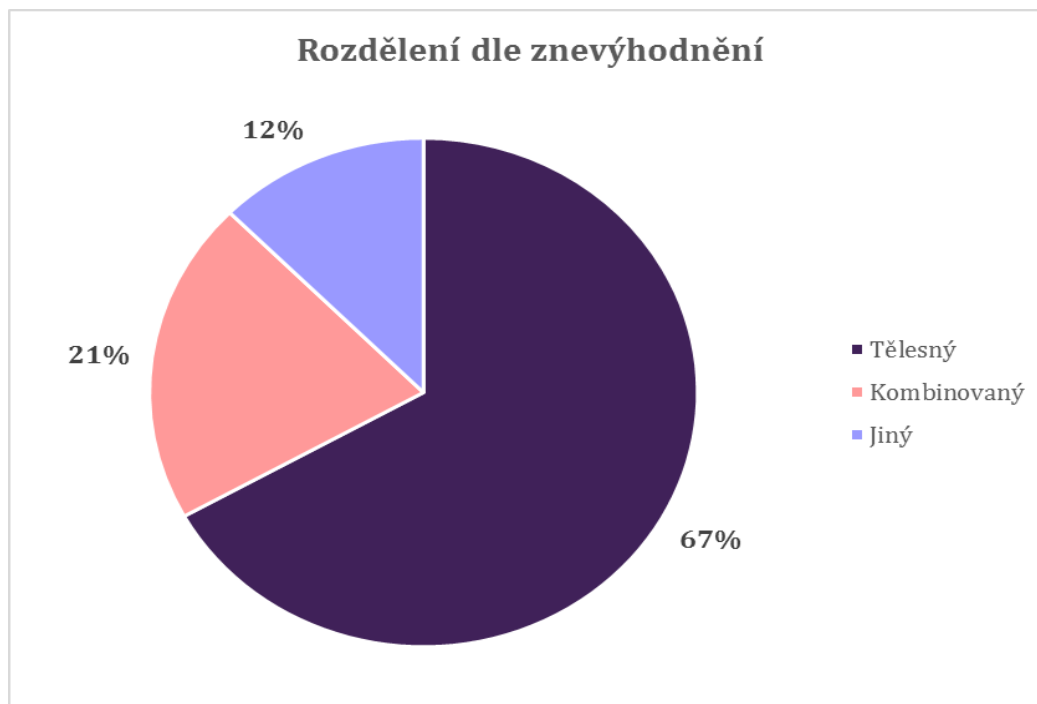
Vzhledem k věkovým skupinám nejvíce respondentů (23%) bylo mezi 20-29 lety, dále pak 21% respondentů mezi 40-49 lety, 17% respondentů bylo ve věkovém rozmezí 50-59 let. Shodně 15% respondentů tvořily skupiny 30-39 let a 60 let a více. Nejméně (9%) tvořila skupina respondentů zahrnutá do rozmezí 0-19 let.

Graf 3 otázka č. 3: **Místo stávajícího bydliště?**



Nejvíce respondentů (41) bylo vzhledem k místu bydliště v Moravskoslezském kraji. Dále pak 33 respondentů ze Středočeského kraje, 30 z hlavního města – z Prahy, 26 z Jihočeského kraje, 25 z Plzeňského kraje, 22 ze Zlínského kraje, 19 z Libereckého kraje, 17 shodně z Olomouckého a Jihomoravského kraje, 14 z Kraje Vysočina, 10 z Královéhradeckého kraje, 8 z Ústeckého kraje, 7 z Pardubického kraje a nejméně (2) z Karlovarského kraje.

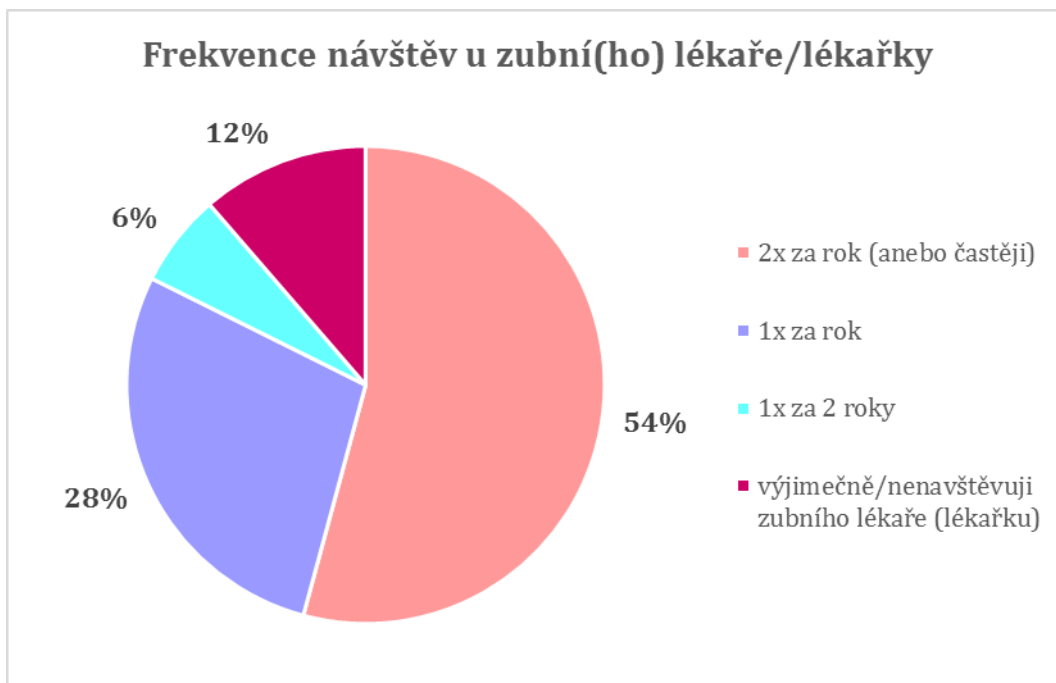
Graf 4 otázka č. 4: **Typ handicapu?**



67% respondentů má tělesný handicap, 21% handicap kombinovaný.
12% respondentů má handicap jiný než dva výše jmenované.

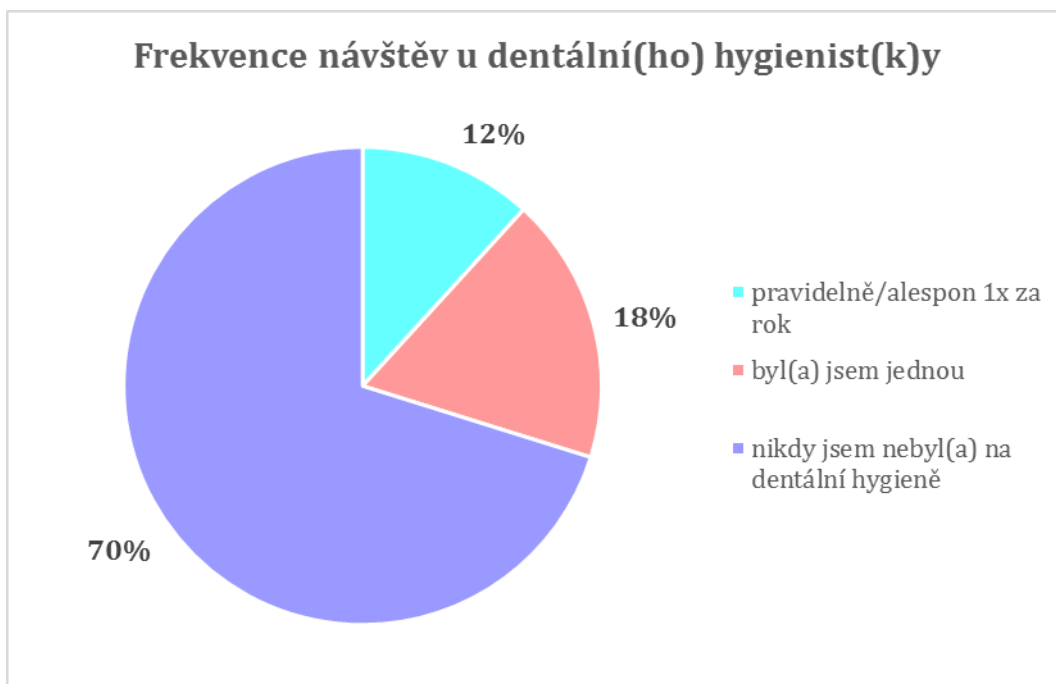
4.3.2. Otázky zaměřené na frekvenci návštěv u stomatologa a u dentální(ho) hygienist(k)y

Graf 5 otázka č. 5: Jak často navštěvujete zubního lékaře/lékařku?



Výsledky ohledně otázky na frekvenci návštěv u zubního lékaře/lékařky vypovídají, že 54% respondentů chodí na prohlídky pravidelně 2x rok. Další nejčastější odpovědí se stala frekvence návštěv 1x za rok, kterou potvrdilo 28% respondentů. 1x za 2 roky navštěvuje zubního lékaře/lékařku pouze 6%, výjimečně anebo vůbec 12%.

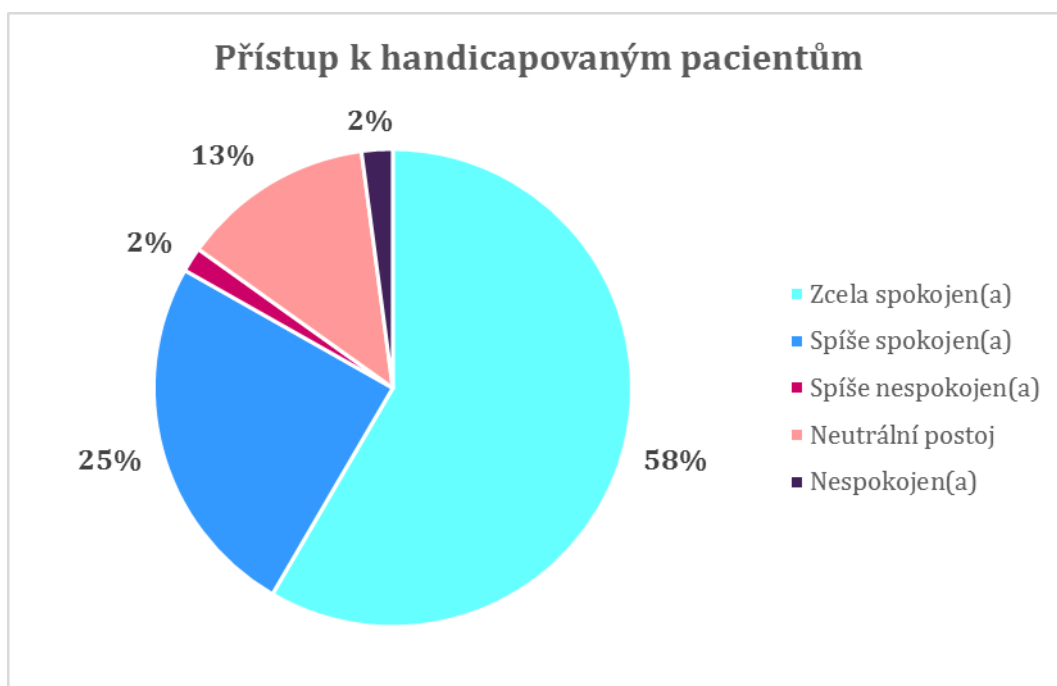
Graf 6 otázka č. 6: **Chodíte na dentální hygienu?**



Ohledně otázky na frekvenci návštěv u dentální(ho) hygienist(k)y byly odpovědi následující: 12% chodí na dentální hygienu pravidelně/alespon 1x za rok. Pouze jednou na dentální hygieně bylo 18% respondentů. Suverénně nejčastější odpovědí (70%) však bylo tvrzení, které se týkalo lidí, kteří nikdy nebyli na dentální hygieně.

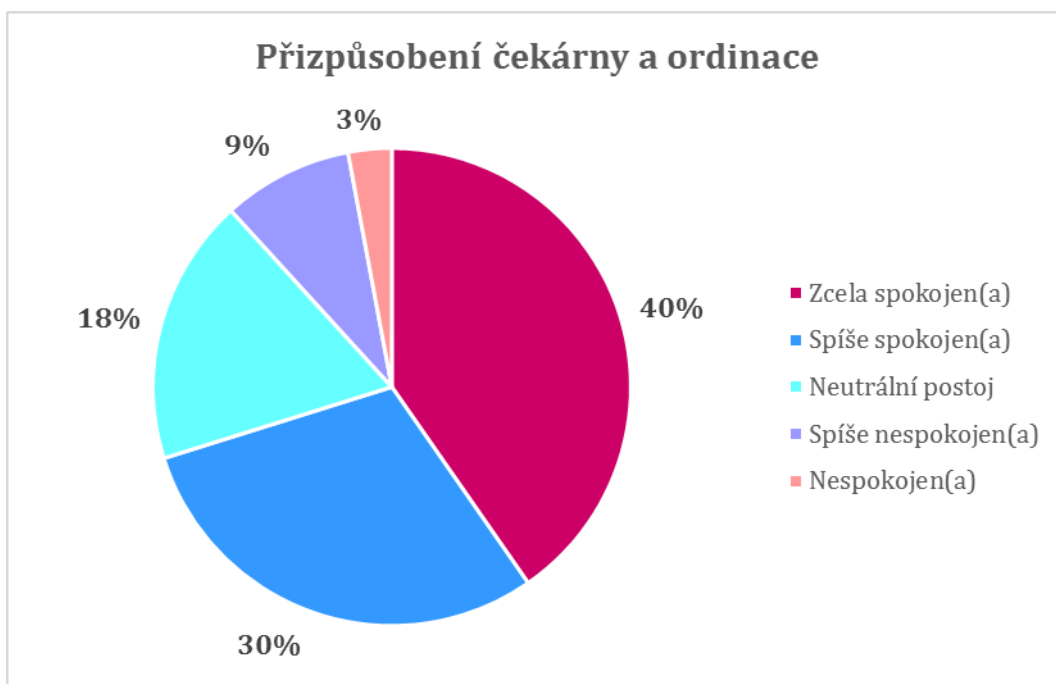
4.3.3. Otázky zaměřené na spokojenost pacientů

Graf 7 otázka č. 7: **Jak jste spokojen(a) s přístupem v ordinaci zubní(ho) lékaře(ky)/dentální(ho) hygienist(k)y?**



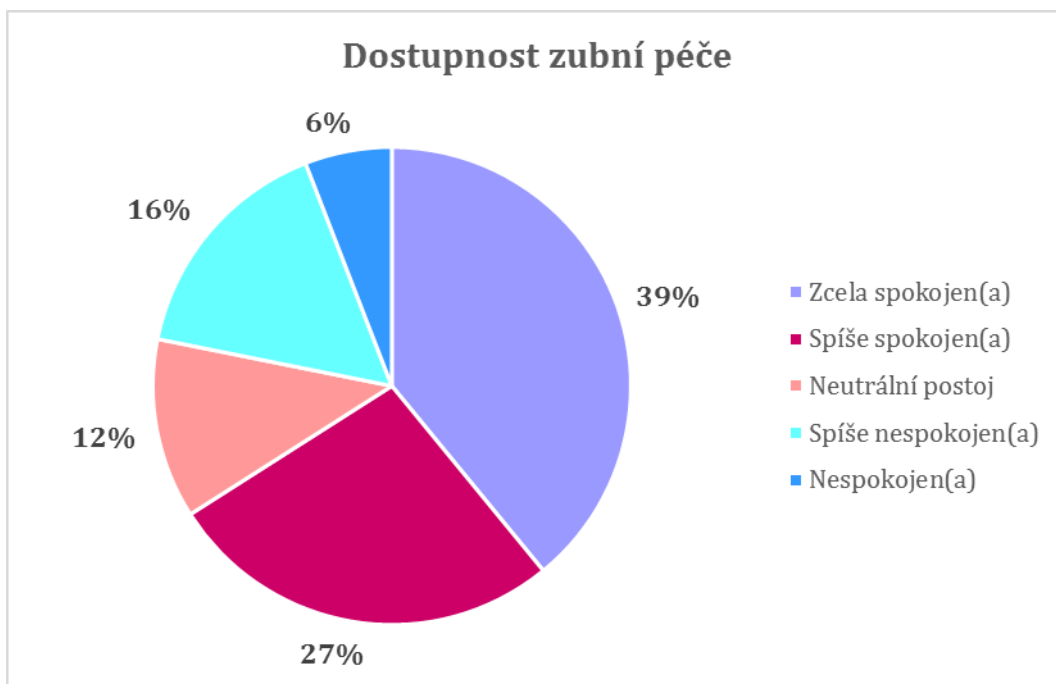
Na otázku ohledně spokojenosti s přístupem v ordinaci ke znevýhodněným pacientům označilo odpověď zcela spokojeno 58% respondentů, spíše spokojeno 25%. Dohromady je pozitivních odpovědí 83%. Neutrální postoj zaujímá 13% respondentů. Podstatně menší čísla byla označena u negativních odpovědí. Spíše nespokojeni jsou pouze 2% respondentů, stejně tak jako u odpovědi nespokojeni. Negativních odpovědí dohromady zahrnují tedy 4%.

Graf 8 otázka č. 8: **Jak jste spokojen(a) s přizpůsobením čekárny a ordinace zubní(ho) lékaře(ky) či dentální(ho) hygienist(k)y?**



U otázky ohledně přizpůsobení čekárny a ordinace označilo odpověď zcela spokojen(a) 40% respondentů. Spíše spokojeno je 30% respondentů. Kladných odpovědí je tedy dohromady celých 70%. Neutrální postoj označilo 18% respondentů. Spíše nespokojeno 9%, nespokojeno pouze 3% respondentů. Negativních odpovědí je dohromady 12%.

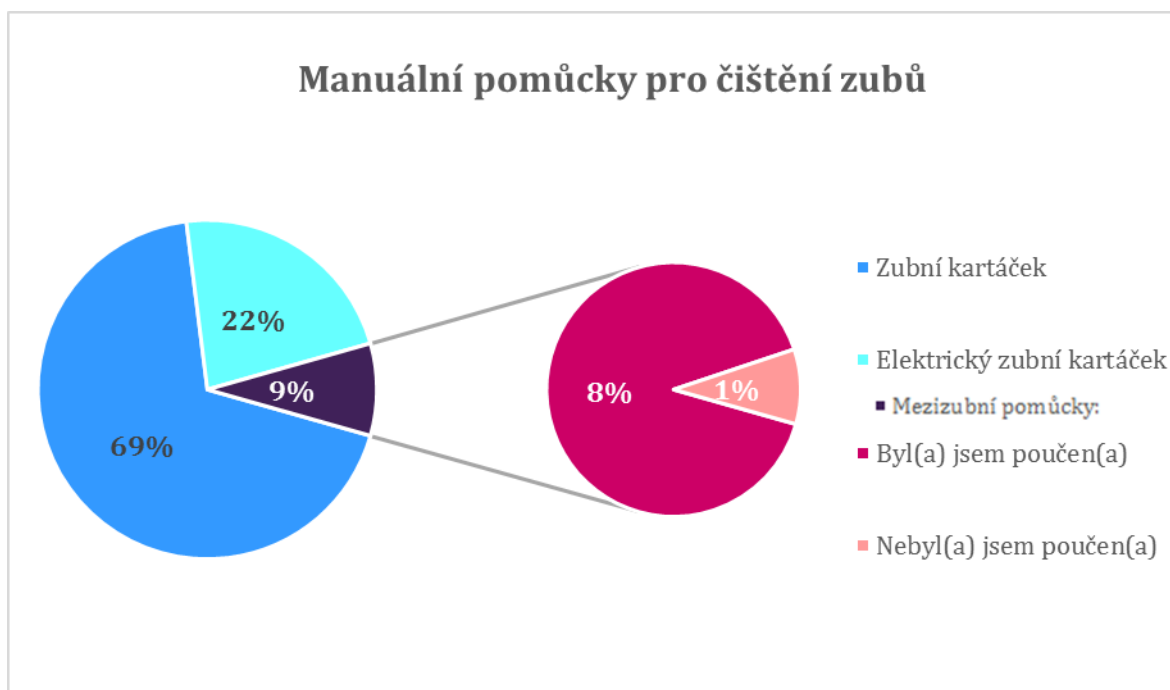
Graf 9 otázka č. 9: **Jak jste spokojen(a) s dostupností zubní péče?**



S dostupností zubní péče je zcela spokojeno 39% respondentů, spíše spokojeno 27% respondentů. Kladných odpovědí je tedy dohromady 66%. Neutrální postoj zaujímá 12% respondentů. Ohledně negativních odpovědí, spíše nespokojeno je 16% respondentů, nespokojeno 6% respondentů. Negativních odpovědí je celkově 22%.

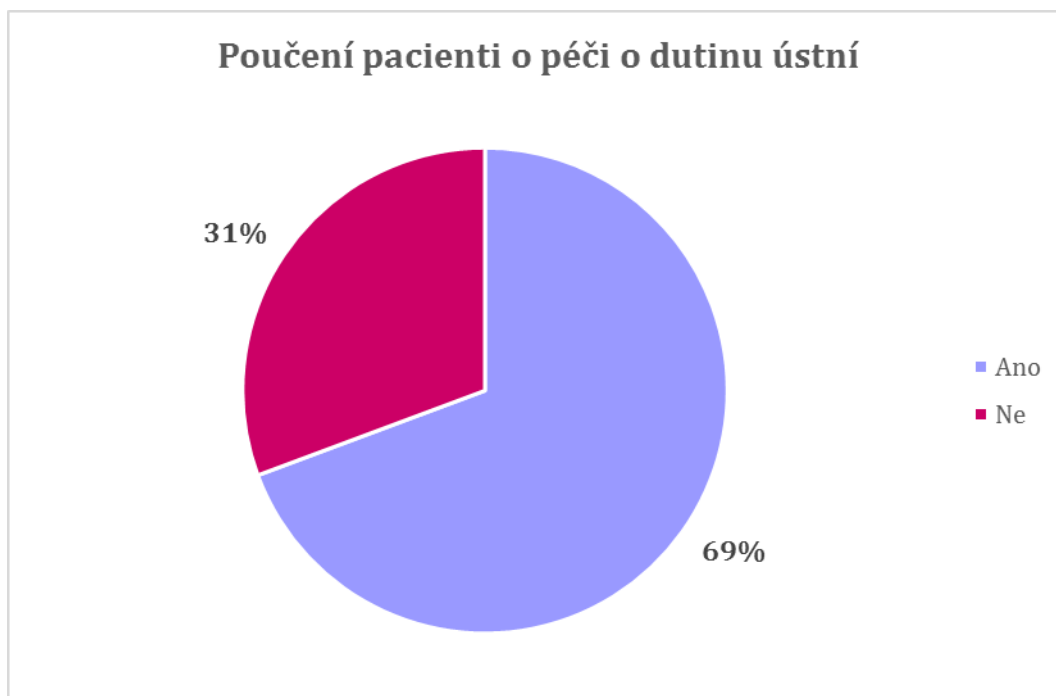
4.3.4. Otázky zaměřené na poučení a pomůcky při čištění zubů

Graf 10 otázka č. 10: Jaké pomůcky používáte k čištění zubů? a otázka č. 11: Byl(a) jste někdy poučen(a) o možnostech čištění mezizubních prostor?



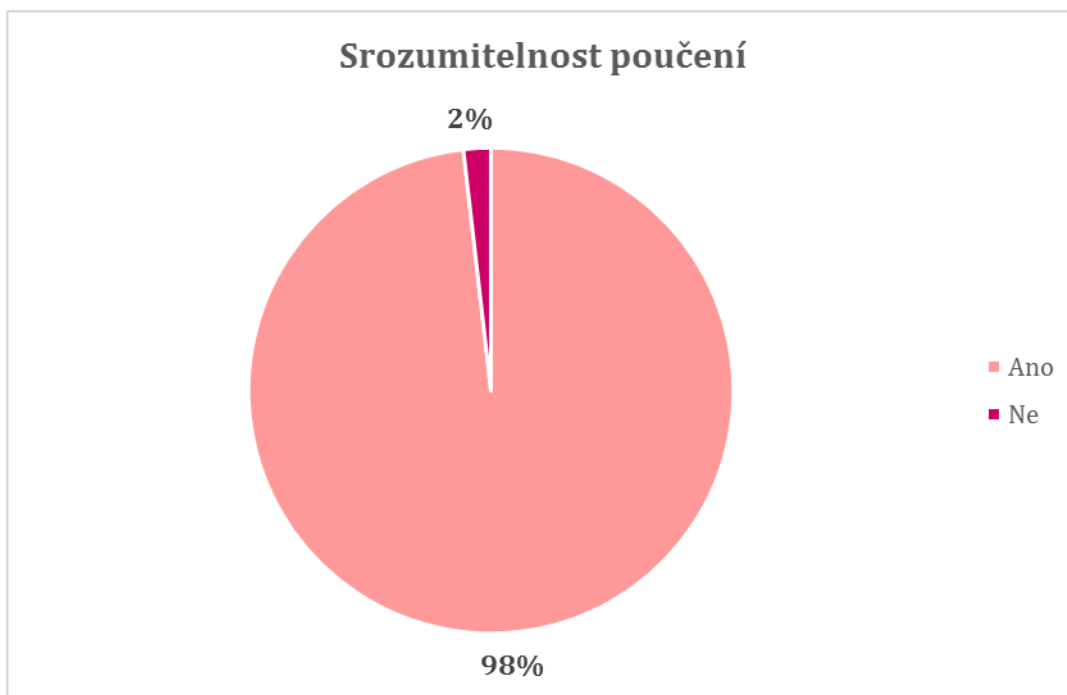
U otázky na používání konkrétních manuálních pomůcek pro čištění zubů a dutiny ústní obecně je suverénně nejčastější odpovědí zubní kartáček, kterou označilo 69% respondentů. Zubní elektrický kartáček používá 22% respondentů. Mezizubní pomůcky využívá 9% respondentů, přičemž u těchto respondentů 8% z nich bylo odborníkem o možnostech čištění mezizubních prostor poučeno, pouze 1% z nich poučeno nebylo.

Graf 11 otázka č. 12: **Byl(a) jste někdy odborníkem poučen(a) o správném způsobu péče o dutinu ústní?**



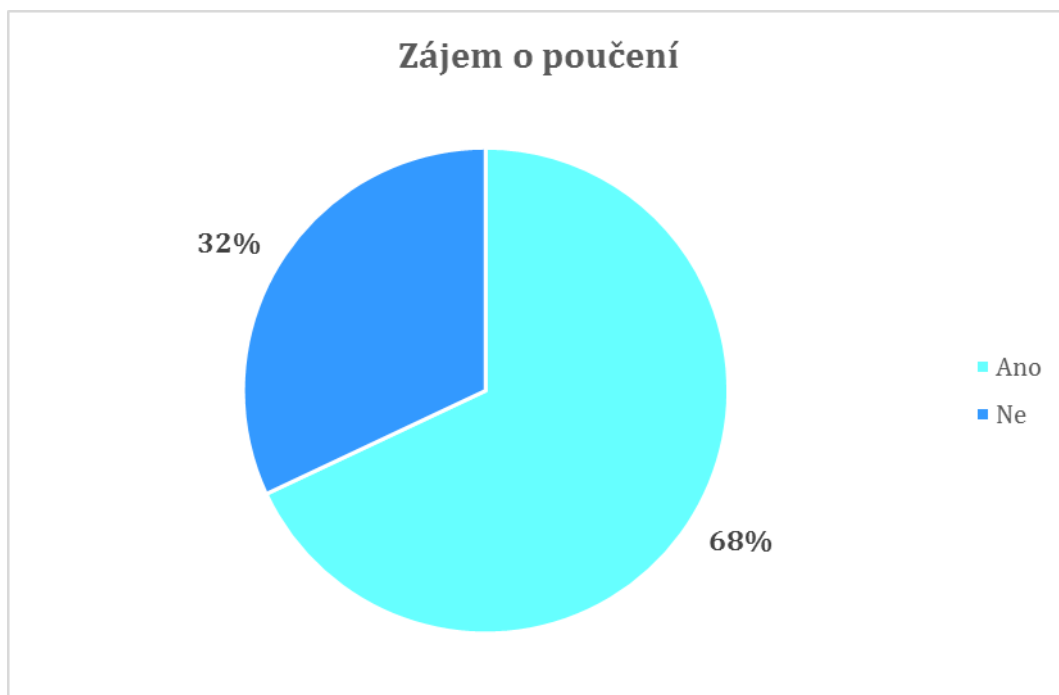
69% bylo odborníkem poučeno o správném způsobu péče o dutinu ústní, 31% však poučeno nebylo.

Graf 12 otázka č. 13: **Bylo poučení o správném způsobu péče o dutinu ústní srozumitelné?**



U Pro 98% respondentů, kteří v předchozí odpovědi označili, že o správném způsobu péče o dutinu ústní byli poučeni, bylo toto poučení srozumitelné. Pouze u 2% z nich toto poučení srozumitelné nebylo.

Graf 13 otázka č. 14: **Uvítal(a) byste možnost individuálního poučení jak správně pečovat o zuby (a celou dutinu ústní)?**

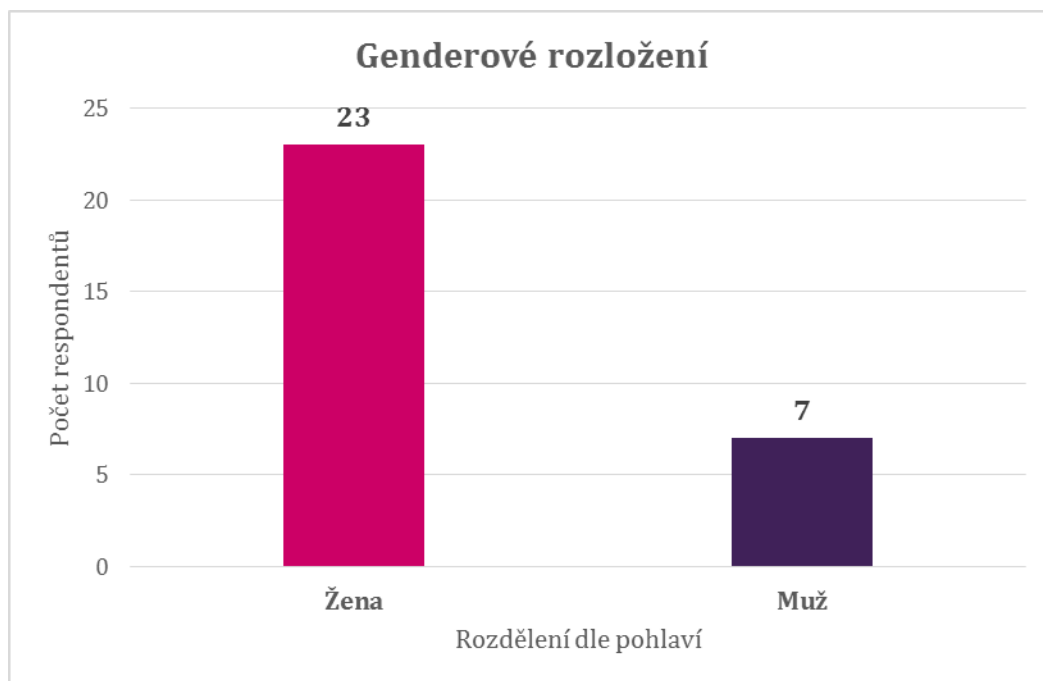


Respondenti, kteří negativně odpověděli u otázky, zda byli někdy odborníkem poučení o správné péči o dutinu ústní, odpovídali dále na otázku, zda by o individuální poučení stáli. 68% by poučení uvítalo, 32% z nich nikoli.

4.4. Výsledky dotazníku ohledně zpětné vazby z přednášky

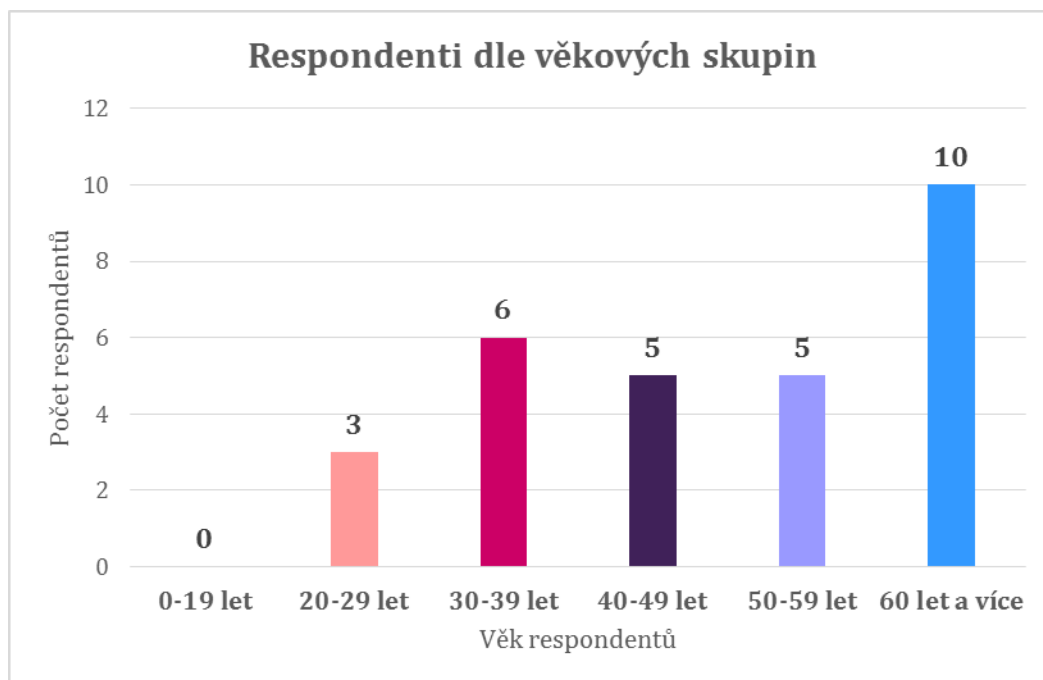
4.4.1. Otázky zaměřené na informace o respondentech

Graf 14 otázka č. 1: **Pohlaví?**



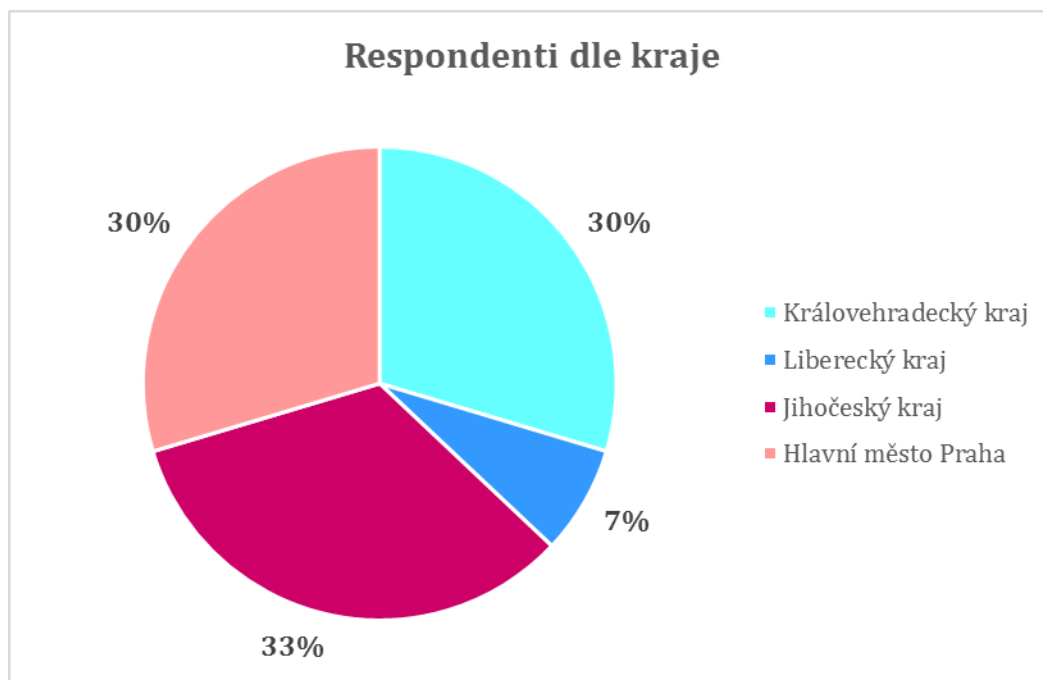
Dotazník o zpětné vazbě z přednášek vyplnilo 23 žen a 7 mužů.

Graf 15 otázka č. 2: **Věk?**



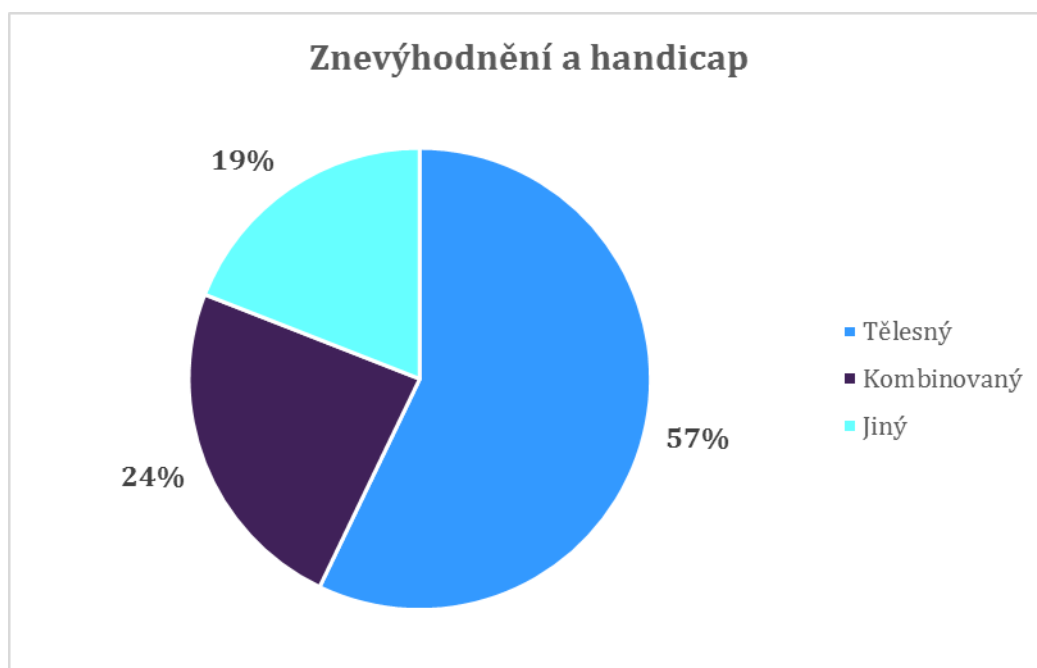
Ve věku od 0 do 19 let nevyplnil dotazník ohledně zpětné vazby ani jeden respondent, ve věku od 20 do 29 let jej vyplnili 3 respondenti, ve věku od 30 do 39 lety pak respondentů 6. Ve věku od 40 do 49 let a od 50 do 59 let vyplnilo dotazník shodně po 5 respondentech. Kategorie věkového rozmezí od 60 let a více se týkala 10 respondentů.

Graf 16 otázka č. 3: **Místo stávajícího bydliště?**



33% respondentů označilo jako místo svého stávajícího bydliště Jihočeský kraj. Shodně po 30% označili respondenti Hlavní město Praha a Královehradecký kraj. 7% respondentů žije v kraji Libereckém.

Graf 17 otázka č. 4: **Typ handicapu?**



Nejvíce (57% respondentů) má tělesný handicap. 24% respondentů má handicap kombinovaného typu. 19% respondentů má znevýhodnění jiného charakteru.

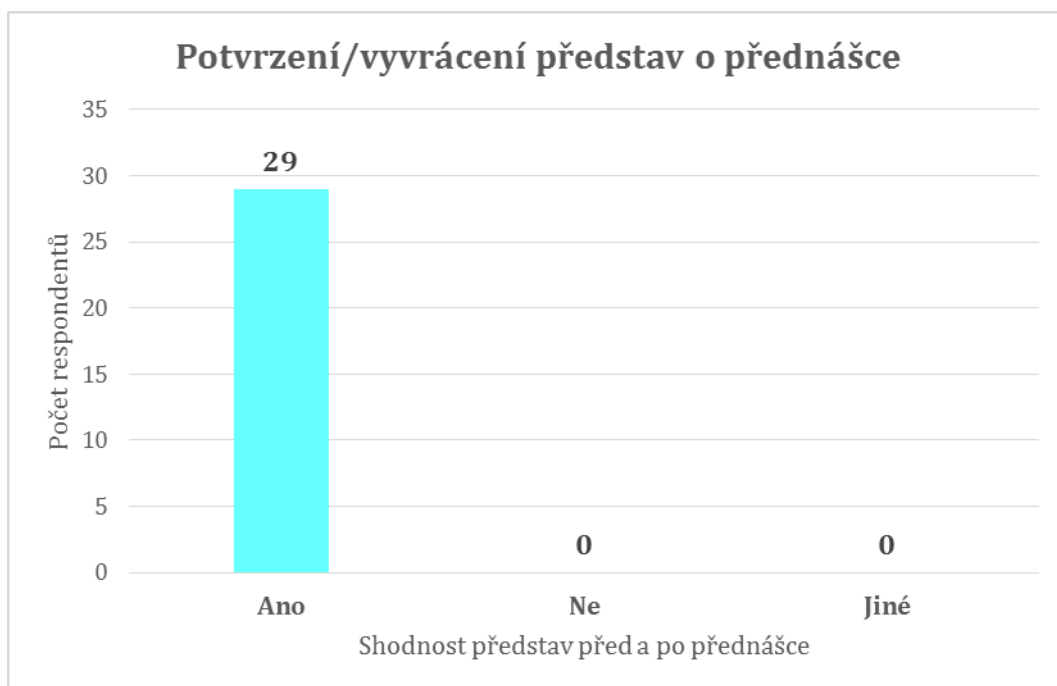
4.3.2. Otázky zaměřené na zjištění zpětné vazby a na zjištění konkrétních názorů

Graf 18 otázka č. 5: **Dozvěděli jste se něco nového díky přednášce?**



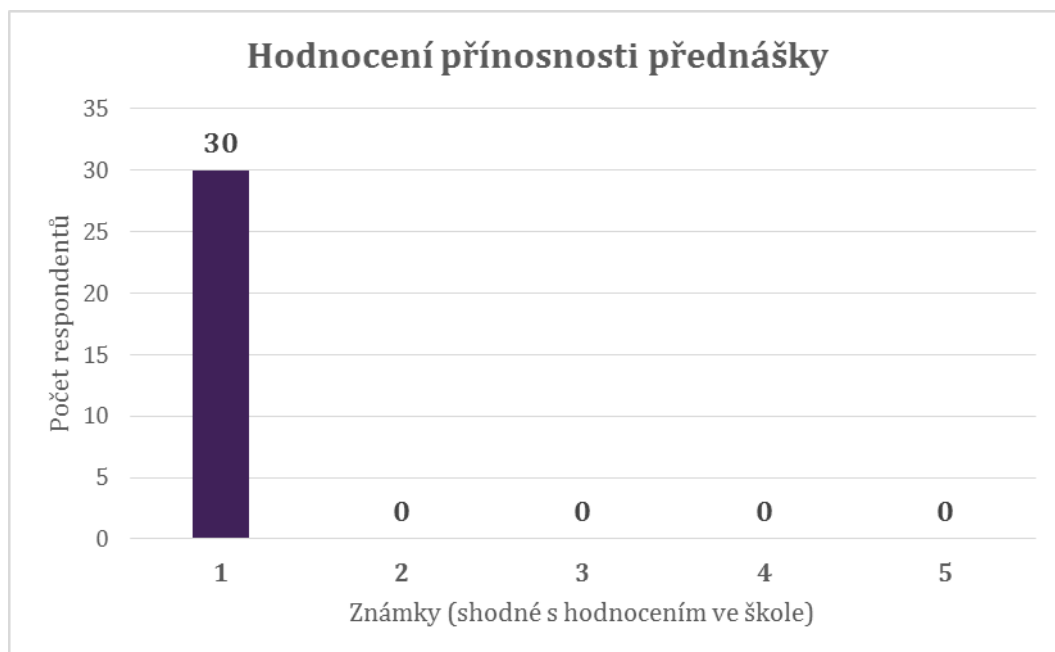
29 respondentů získalo na přednášce nové poznatky a informace. 1 respondent uvedl odpověď jinou. Tato odpověď je dále rozvedena v diskuzi.

Graf 19 otázka č. 6: **Splnila přednáška očekávání, které jste měl(a) před její realizací?**



Tuto otázku vyplnilo 29 respondentů, přičemž všechny odpovědi shodně potvrzují splnění očekávání, které měli respondenti před zahájením přednášky.

Graf 20 otázka č. 7: **Na kolik hodnotíte přednášku jako přínosnou?**
(Hodnocení jako ve škole: 1 – velmi přínosná, 5 – vůbec nebyla přínosná)



Tato otázka byla vyplněna 30 respondenty, z nichž všech 30 označilo známku „1“.

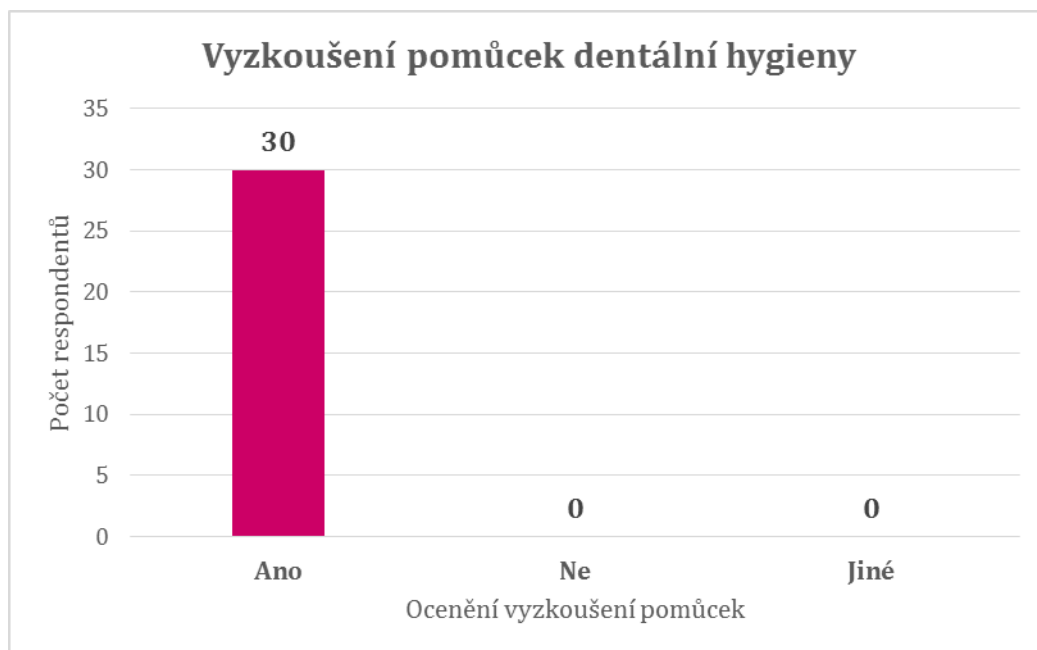
Otázka č. 8: **Co konkrétně považujete za nejpřínosnější?**

Tato otázka je vzhledem k její povaze (otázka otevřená) rozebrána v diskuzi.

Otázka č. 9: **Co byste naopak doporučoval(a) změnit?**

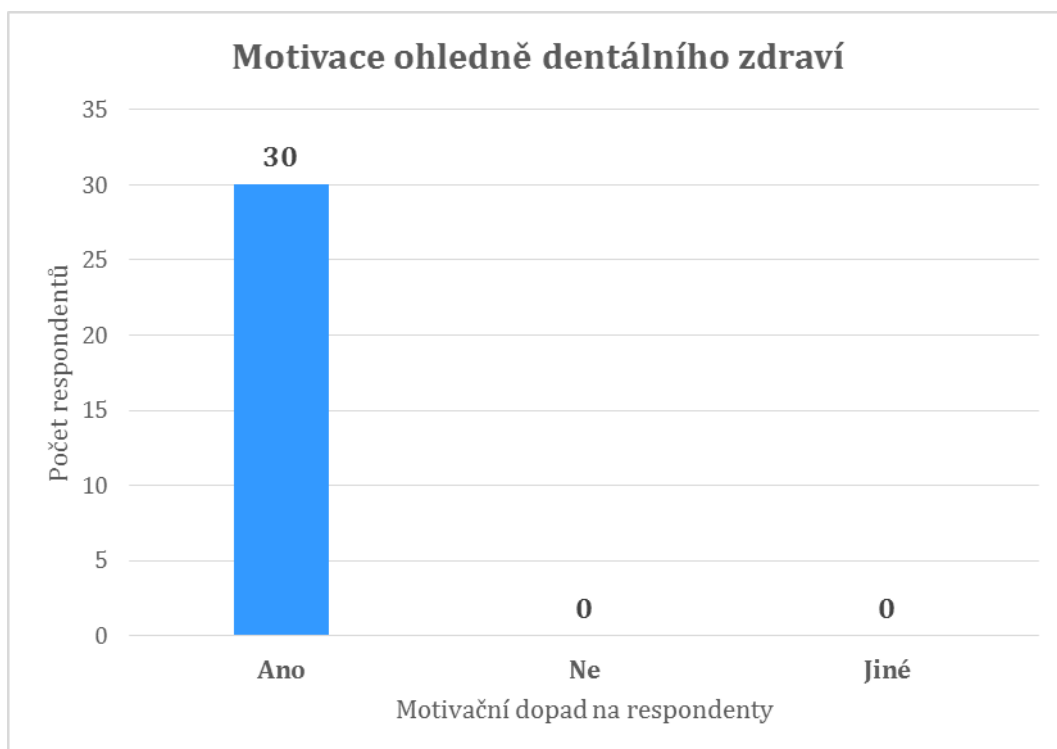
Tato otázka je vzhledem k její povaze (otázka otevřená) rozebrána v diskuzi.

Graf 21 otázka č. 10: **Oceňujete možnost vyzkoušení pomůcek dentální hygieny přímo na sobě?**



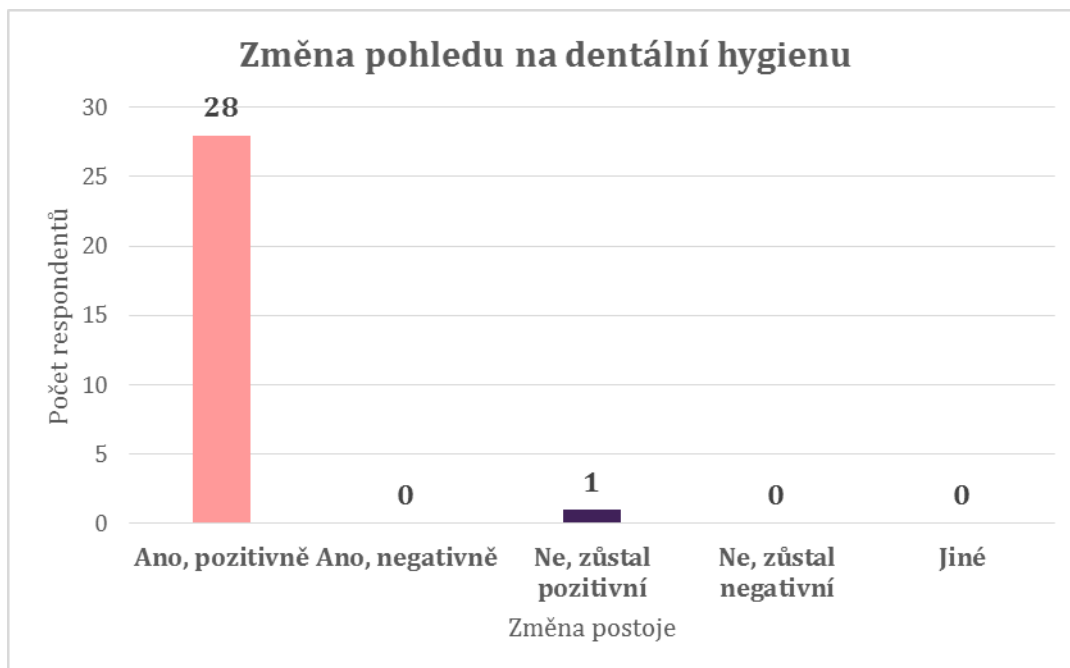
Vyzkoušení pomůcek dentální hygieny na sobě hodnotí kladně všech 30 respondentů, kteří tuto otázku vyplnili.

Graf 22 otázka č. 11: **Motivovala Vás přednáška k větší péči o své zuby a dutinu ústní?**



Otázku ohledně motivace vyplnilo 30 respondentů, přičemž všech 30 shodně označilo získání patřičné motivace pro péči o svou dutinu ústní díky uskutečněné přednášce.

Graf 23 otázka č. 12: **Změnil se Váš názor na dentální hygienu?**



U 28 respondentů došlo ke změně postoje k dentální hygieně, a to pozitivně. U 1 respondenta se názor na dentální hygienu nezměnil, avšak zůstal nadále pozitivní.

5. Diskuse

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že 80% lidí s tělesným postižením navštěvuje zubního lékaře/lékařku pouze 1x ročně a méně.

Pravidelné prohlídky u zubního lékaře jsou velice důležité vzhledem ke stavu orálního zdraví, jelikož pouze v pravidelných intervalech návštěv je možné včas odhalit příčinu možných budoucích problémů, tedy patologické jevy na měkkých i tvrdých zubních tkáních v dutině ústní.

Pacient má právo chodit na prohlídky u zubního lékaře hrazené pojišťovnou 2x ročně. Jedná se o jednu preventivní prohlídku dle vyhlášky 70/2012 Sb. a o jednu tzv. pravidelnou prohlídku, tedy dohromady dvě prohlídky za rok (Zákon č. 372/2011 Sb., ©2016; Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, ©2015).

Dvě prohlídky u zubního lékaře za rok, tedy prohlídky hrazené zdravotní pojišťovnou, využilo dle dotazníku 54% tělesně postižených. Tato odpověď byla odpovědí nejčastější (výsledky jsou uvedeny v grafu č. 5), a naznačuje, že alespoň lehce nadpoloviční většina se věnuje prevenci.

Předpokládala jsem, že 80% lidí s tělesným postižením navštěvuje zubního lékaře/lékařku pouze 1x ročně a méně, což znamená označení všech ostatních odpovědí než možnost frekvence návštěv 2x za rok – tedy dohromady odpovědi „1x za rok“, „1x za dva roky“ a odpověď „výjimečně/nikdy nenavštěvuji zubního lékaře“. Výsledky ukázaly, že 1x ročně a méně navštěvuje zubního lékaře 46% respondentů. Hypotéza se těmito výsledky tedy vyvrátila, jelikož se jedná o nižší procento než 80%, avšak tím, že je nižší, je výsledek pozitivní.

Zajímavé bylo, že celých 12% respondentů nenavštěvuje zubního lékaře nikdy anebo jen výjimečně. Toto číslo je poněkud velké, proto by bylo dobré, kdyby se do budoucna snížilo. Otázkou však je, zda tato absence návštěv stomatologa je z důvodu nedostatku času, nedostatku financí, nemožnosti sehnat stomatologa v daném regionu vzhledem k např. bezbariérovému přístupu pro tělesně postižené jedince, či úplně jiné důvody.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že 90% osob s tělesným postižením nikdy nenavštívilo ordinaci dentální hygieny.

Stejně tak jako je důležité pravidelně navštěvovat zubního lékaře, je důležité pravidelně navštěvovat i dentální(ho) hygienist(k)u. Pacient, který neovládá dentální hygienu riskuje vznik příčin, které často způsobují problémy v dutině ústní, např. zubní kaz nebo gingivitis. Bylo by tedy ideální, kdyby pacienti stejně tak jako zubního lékaře/lékařku navštěvovali 2x ročně také dentální hygienistku, aby mohla být preventivní péče účinná.

Podle výsledků z dotazníků (graf č. 6) vychází, že 70% respondentů nikdy nenavštívilo dentální(ho) hygienist(k)u. Tyto výsledky napovídají, že se daná hypotéza vyvrátila, jelikož procenta jsou nižší, než jsem předpokládala. Avšak nutno podotknout, že dalších 18% respondentů dentální(ho) hygienist(k)u sice navštívilo, avšak pouze jednou.

Pouze 12% respondentů navštěvuje dentální(ho) hygienist(k)u pravidelně, což byla nejméně zvolená odpověď, a to také naznačuje, že zatím pouze nízké procento tělesně postižených pacientů bylo na dentální hygieně. Důvodů může být (tak jako u absence návštěv u stomatologa) celá řada, nicméně bylo by dobré zvýšit počet návštěv, aby bylo možné co nejlépe pečovat o pacienty s tělesným postižením i po stránce orálního zdraví. Vzhledem ke všem zdravotním i osobním problémům by bylo příjemné, kdyby dentální hygiena u těchto pacientů byla ohledně prevence účinná, akceptovala zdravotní znevýhodnění spolu se specifickým přístupem, a pacientům by především pomohla zvládat udržení zdravého stavu dutiny ústní. Tento fakt by znamenal méně zdravotních problémů pro už tak komplikovanější zdravotní stav tělesně postižených osob.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že 80% lidí s tělesným postižením nebylo poučeno o správné a individuální péči o dutinu ústní, tedy instruktáž techniky čištění zubů a mezizubních prostor.

Nedílnou součástí dentální hygieny je praktická ukázka pomůcek pro domácí dentální hygienu. Bez ní lidé sice mohou pomůcky používat, ale způsob používání nemusí být zcela správný a vybrané pomůcky nemusí

odpovídat konkrétnímu stavu dutiny ústní. Ještě důležitější je výběr pomůcek pro tělesně postižené pacienty, zvláště u těch pacientů, kteří mají omezenou motoriku ruky a praktické seznámení jim pomůže pomůcky správně používat a zároveň naučit se správně starat o dutinu ústní. Proto je vhodné, aby byla pacientovi poskytnuta individuální instruktáž použití dentálních pomůcek.

Podle výsledků (z grafu č. 11) bylo o správném způsobu péče poučeno 69% respondentů, 31% z nich tedy poučeno nebylo. Respondenti, kteří označili, že byli o správném způsobu péče o dutinu ústní poučeni, byli dále dotazováni, zda bylo toto poučení srozumitelné či nikoli. Výsledky ukazují (graf č. 12), že celých 98% respondentů hodnotí poučení kladně a potvrzují jeho srozumitelnost, pouze 2% respondentů poučení za srozumitelné nepovažuje. Tento výsledek tedy znamená, že ačkoli nebylo poučeno příliš velké procento respondentů, tak v případech, kde poučení proběhlo, bylo toto poučení podle hodnocení pacientů srozumitelné, tedy kvalitní.

Respondenti, kteří však označili, že o správném způsobu péče o dutinu ústní poučení nebyli, byli dále dotazováni, zda by uvítali možnost individuálního poučení anebo nikoli. Dle výsledků (graf č. 13) by tuto možnost poučení uvítalo 68% respondentů, 32% dotazovaných individuální poučení odmítá. Výsledky znamenají, že ze strany 68% respondentů by byla vůle poslechnout si poučení, jak správně pečovat o dutinu ústní, jaké pomůcky používat a jakým způsobem a jak celkově provádět domácí dentální hygienu.

Dotazník byl také zaměřen na instruktáž u mezizubních pomůcek (graf č. 10), zda tato instruktáž u respondentů proběhla či nikoli. Tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří mezizubní pomůcky používají, a celých 90% z nich bylo poučeno o správné instruktáži mezizubních pomůcek, pouze 10% z nich poučeno nebylo. To znamená, že naprostá většina respondentů používajících mezizubní pomůcky tyto pomůcky používá pravděpodobně správně, nebo alespoň byli o správném používání informováni. Vzhledem k výsledkům ohledně instruktáže vyplývá, že pacienti používající mezizubní pomůcky jsou informováni suverénně častěji nežli pacienti, kteří mezizubní pomůcky nepoužívají.

Hypotéza vztahující se k poučení pacientů tedy potvrzena nebyla, jelikož jsem předpokládala, že 80% respondentů poučeno nebude. Hypotéza byla vyvrácena jak v případě poučení o správné péči o dutinu ústní obecně (procento nepoučených pacientů je nižší, 69%), tak v případě mezizubních pomůcek (pouze 10% nebylo poučeno). Vzhledem k prevenci jsou však tato nižší procenta (v porovnání s procenty u této hypotézy) pozitivní.

K této hypotéze a k těmto výsledkům je důležité podotknout zkušenost a diskuzi na realizovaných přednáškách pro tělesně postižené osoby. Ze strany posluchačů přednášek, a to i v případě, že byly přednášky realizovány na 3 odlišných místech a ve 3 odlišných krajích, byly potvrzeno, že posluchači netušili, že mohou informace o dentální hygieně vůbec někde dostat nebo požadovat, a co tyto informace znamenají. Většina z nich zmiňovala, že před tím, než informace ohledně správné péče o dentální hygienu slyšela, si nepředstavovala, že tyto informace mohou být užitečné a co se mohou konkrétně dozvědět. Výsledky (tedy i zájem o péči o dutinu ústní) může velmi často ovlivnit i neznalost a mylné představy ohledně dentální hygieny.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že alespoň 50% osob z cílové skupiny jsou s přístupem zdravotníků, přizpůsobením ordinace a celkově s dostupností zubní péče spokojeni.

Vzhledem k mé cílové skupině (tělesně postižení lidé) byl dotazník zaměřen také na zjišťování spokojenosti pacientů v ordinacích stomatologů či dentálních hygienistek. Jelikož charakter tělesného postižení může ovlivňovat i charakter ošetření či vůbec možnost návštěvy dané ordinace, je důležité s tímto faktorem počítat a pokud možno přizpůsobit ošetření i této skupině potenciálních pacientů.

Dle výsledků ohledně spokojenosti s přístupem zdravotníků v ordinaci (graf č. 7) odpovědělo pozitivně dohromady 83% respondentů, 13% označilo neutrální odpověď a naproti tomu negativní odpovědi byly jen 4%. Tento výsledek jednoznačně říká, že většina respondentů je s přístupem spokojena.

S přizpůsobením ordinace, tzn. např. bezbariérový přístup a uzpůsobení nábytku v ordinaci, je dle výsledků (graf č. 8) spokojeno 70% respondentů,

18% zaujímá neutrální postoj a jen 12% respondentů spokojeno není. Nejčastější pozitivní odpověď tedy naznačuje i většinovou spokojenost pacientů s přizpůsobením ordinace jejich případným individuálním potřebám vzhledem k tělesnému handicapu.

Dále se dotazník zaměřoval také na otázku dostupnosti stomatologické péče pro handicapované pacienty. Výsledky ukázaly (graf č. 9), že s dostupností stomatologické péče je spokojeno 66% respondentů, neutrální postoj označilo 12%, a 22% respondentů je s dostupností stomatologické péče nespokojeno. Nadpoloviční většina je tedy s nabídkou a dostupností stomatologické péče spokojena, avšak i tady je prostor na zlepšování nabídky stomatologických služeb, zvláště pak mimo velká města. Navíc nemusí jít jen o dostupnost, ale i o přijímání/odmítání pacientů s handicapem, vzhledem ke zvýšeným časovým i psychologickým nárokům na ošetření těchto pacientů. Odmítání handicapovaných pacientů by se však rozhodně nemělo stávat.

Dle anonymního dotazníku ve skrze všechny tři otázky ohledně spokojenosti (přístupu zdravotníků, přizpůsobení ordinace i dostupnosti služeb) dopadly dobře, vzhledem k tomu, že nadpoloviční většina respondentů je spokojena (u všech tří otázek). Hypotéza se tedy potvrdila, jelikož u všech otázek kladné odpovědi přesahují 50%.

Důležité je také zmínit názory a lehké stížnosti posluchačů na přednáškách, zvláště ohledně dostupnosti stomatologických služeb. Tento problém může spočívat i v obecně nižším zastoupení stomatologických služeb v určitých krajích, což limituje jak pacienty handicapované, tak pacienty, kteří handicap nemají. Nejnižší zastoupení zubních lékařů je v kraji Karlovarském (169), dále v Libereckém (265), Pardubickém kraji (306), v kraji Vysočina (311), a v pořadí na pátém místě najdeme Jihočeský kraj (386) (ÚZIS ČR, 2014). Vzhledem k místu konání přednášek se tyto stížnosti ohledně dostupnosti daly předpokládat (Jihočeský kraj, Nová Paka – tedy lidé žijící buď v Královéhradeckém či Libereckém kraji). Méně negativních ohlasů na dostupnost bylo pochopitelně v Praze, kde je situace mnohem lepší. Tyto názory z přednášek se neshodují s výsledky dotazníku, avšak handicapované skutečně trápí. Většina se však vyjadřovala o přístupu zdravotníků či

dostupnosti stomatologických služeb negativně pouze právě v delší diskuzi, jelikož současný stav považují spíše za normu, která se nemůže výrazněji změnit, a více než negativní emoce projevují vděčnost za jakékoli usnadnění jejich života s handicapem.

Dotazník ohledně péče o dutinu ústní. Otázka č. 10: **Jaké pomůcky používáte k čištění zubů?**

Podle výsledků (graf č. 10) používá většina pacientů manuální zubní kartáček (69%). Vzhledem k původní indikaci při vynálezu elektrického kartáčku by se předpokládalo, že právě elektrický kartáček může být ideální pro tělesně handicapované pacienty. Používá jej ale jen 22% respondentů. Vzhledem k diskuzi po instruktáži a ukázce dentálních pomůcek během realizovaných přednášek jsem zjistila, že někteří pacienti si elektrický kartáček třeba i zakoupili, ale pouze menší část z nich je s ním spokojena. Většinou se jim lépe pracuje právě s manuálním zubním kartáčkem. Při indikaci elektrického kartáčku (zvláště vzhledem k možným patologickým jevům při jeho nesprávném používání) je tedy důležité, aby byl elektrický kartáček doporučován individuálně, tedy pokud jej handicapovaný pacient vzhledem ke svému handicapu zvládne správně používat (a vyhovuje mu), a pokud může tělesně znevýhodněnému pacientovi tento kartáček skutečně pomoci.

Dotazník ohledně zpětné vazby k přednášce. Otázka č. 8: **Co konkrétně považujete za nejprínosnější?** Otázka č. 9: **Co byste naopak doporučoval(a) změnit?**

V dotazníku vyplňovaném respondenty z realizovaných přednášek byly dvě otevřené otázky.

Odpovědi na otázku č. 8 naznačují, že za nejprínosnější považují respondenti nejčastěji instruktáž techniky čištění zubů, vyzkoušení dentálních pomůcek přímo na sobě, případně i volbu správného mezizubního kartáčku. Dále respondenti ocenili i pomůcky, které dostali – kartáčky, pasty, mezizubní kartáčky. Některé odpovědi byly zaměřeny přímo na přednášku,

konkrétně ocenění ucelené koncepce přednášky, dále například vysvětlení vzniku zubního kazu. Jedna z odpovědí naznačovala, že „tak podrobně a srozumitelně na toto téma se mnou nikdo nikdy nehovořil“. Za nejprínosnější respondenti ocenili i osvětu ve stomatologii a téma zaměřené na prevenci. V jedné odpovědi respondent zmínil také problematiku věku, kdy by bylo dobré vědět informace o dentální hygieně dříve.

Většina odpovědí na otázku č. 9 zahrnovala odpověď „nic“ ohledně případných změn. Dále také odpovědi podobné, například „neměnil bych nic“ či „nemám co dodat“. Jednou z odpovědí bylo doporučení, aby lidé věděli, že mohou získat tyto informace, a také aby byly tyto přednášky zavedeny na školách.

Celkově byly otázky z dotazníku hodnoceny velmi kladně. Nevyskytla se v celém dotazníku žádná negativní odpověď, výjimečně odpověď „jiné“, což obsahovalo pouze upřesnění, když se chtěl respondent blíže vyjádřit. Jak z reakcí dotazníku, tak z reakcí po přednášce (a také vzhledem k řadě dotazů) měly přednášky u posluchačů úspěch. Většina z nich naznačovala, že si předem nepředstavovala, jaké informace může přednáška nabídnout a tedy předčila jejich očekávání.

Zajímavé bylo, že nejvíce respondentů dotazníku po přednášce označilo v otázce ohledně věku „60 let a více“. To může naznačovat fakt, že řada onemocnění se s věkem zhoršuje (a také více omezuje aktivity jedince) a tím získává i charakter tělesného onemocnění. Dále může hrát roli i to, že přednášky byly realizovány přes volnočasové organizace pro tělesně postižené osoby, a je možné, že starší lidé mají více času nebo větší motivaci získávání sociálních kontaktů právě skrze tyto organizace.

6. Závěr

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjistit míru spokojenosti s přístupem a dostupností stomatologické péče pro tělesně handicapované osoby. Z dotazníkového šetření se ukázalo, že s přístupem zdravotníků bylo 83% respondentů spokojeno, s dostupností zubní péče bylo spokojeno 66%. Jedná se tedy o nadpoloviční většinu respondentů. Zároveň jsem však v diskuzi shrnula názory posluchačů z přednášek, kteří nebyli plně spokojeni zvláště s dostupností stomatologické péče, o čemž může vypovídat lokalita realizovaných přednášek ve spojitosti se sníženým množstvím stomatologů v určitých krajích v České republice.

Zajímavé bylo, že ačkoli 82% respondentů zahrnutých do dotazníkového šetření navštěvují zubního lékaře alespoň 1x ročně, tak pouze 12% navštěvuje pravidelně dentální hygienistku. Naopak 70% respondentů ji nenavštívilo nikdy.

Co se týče pomůcek dentální hygieny, pouze 9% respondentů používá mezizubní pomůcky. Většina tělesně handicapovaných se přiklání k manuálnímu zubnímu kartáčku oproti elektrickému.

Dále dotazníkové šetření ukázalo, že celých 68% respondentů z těch, kterým nikdy nebylo vysvětleno, jak správně pečovat o dutinu ústní, by stálo o toto vysvětlení a poučení. Výsledky tedy naznačují zájem o edukační přednášky a vůbec o informace, které mohou handicapovaní o dentální hygieně dostat. Vzhledem k výsledkům z dotazníku o zpětné vazbě z realizovaných přednášek vyplývá, že tyto přednášky byly posluchači bez výjimek hodnoceny kladně a rozšířily povědomí o dentální hygieně u cílové skupiny.

Výstupem bakalářské práce je informační leták pro zdravotníky, který informuje o základech správného přístupu a komunikace s handicapovanými. Osvojení si základů správného jednání s tělesně postiženými pomáhá zvyšovat profesionalitu v komunikaci ze strany zdravotníků, ale i důvěru a vzájemný respekt, který pomáhá vytvářet příznivý vztah mezi tělesně handicapovaným pacientem a zdravotníkem.

7. Seznam použité literatury

Monografie

BENDO VÁ, Petra. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 49 s.; 29 cm. ISBN: 978-80-244-1631-1.

ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena a KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika: pro střední zdravotnické školy. 2. díl*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.

ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena a ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie: učební text pro střední zdravotnické školy*. [1. vyd.]. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 173 s. Učební text pro střední zdravotnické školy. ISBN 80-7013-197-7.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Překlad Tomáš Prášek. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 167 s. Most: moderní sociologické teorie; sv. 3. ISBN 80-86429-21-0.

GRUBER, Heinz; LENDL, Viktor. *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien. 1992. In FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0 34.

KILIAN, Jan et al. *Prevence ve stomatologii. 2., rozš. vyd.* Praha: Galén, 1999. 239 s. ISBN 80-7262-022-3.

KRAHULCOVÁ, Beáta a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3.

KREJČÍŘOVÁ, Olga et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. [S.l.]: Eteria, [2002]. 96 s. ISBN 80-238-8729-7.

NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava a ELIŠKA, Oldřich. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, ©2009. xi, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

NOSEK, Karel. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením: sborník z konference somatopedické společnosti Brno říjen 1995*. Brno: Paido, 1996. 98 s. ISBN 80-85931-18-4.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

ROBB, Martin, Sheila BARRETT, Carol KOMAROMY a Anita ROGERS. *Communication, Relationships and Care: A Reader*. First published. London: Routledge, 2004. ISBN 0-415-32659-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická statistika. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. 150 s. ISBN 978-80-7472-136-6.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. 144 s. ISBN 80-85931-69-9.

WEBER, Thomas. *MEMORIX zubního lékařství: překlad 2. vydání, 279 vyobrazení*. Vyd. 1. české. Praha : Grada, 2006. xxv, 430 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 80-247-1017-X.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.

Články

BUXERAUD, Jacques. Bucco-dentaire: Conseiller les accessoires interdentaires et les brosses à dents adaptés à chaque patient. *Actualités pharmaceutiques* [online]. 2012, 51(514), 33-36 [cit. 2016-03-24]. DOI: 10.1016/S0515-3700(12)71261-2. ISSN 05153700.

FORTOVA, V. — VARNEROVA, V. Osobnostní profil a struktura zátěžových situací osob s trvalým tělesným postižením hybnosti. *Československá psychologie*, 1981, Roč. 25, č. 6, S. 497-510. ISSN: 0009-062X.

HAYASAKI, Haruaki, Issei SAITOH, Kuniko NAKAKURA-OHSHIMA, et al. Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review* [online]. 2014, 50(3), 69-77 [cit. 2016-03-24]. DOI: 10.1016/j.jdsr.2014.04.001. ISSN 18827616.

SAXER, Ulrich (P.) — SZABO, Sophie. Elektrické zubní kartáčky - které modely lze pacientům doporučit?. *Quintessenz*, 2004, Roč. 13, č. 6, s. 51-56. ISSN: 1210-017X.

Akademické práce

SLOWÍK, Josef. *Sociální izolace mentálně postižených klientů ústavní péče a možnosti jejího překonávání: Nepochopené lidství*. Praha, 2005. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Marie Černá.

Grantové zprávy

ŠALANDOVÁ, Marcela — PILINOVÁ, Alexandra — KREJSA, Otakar. *Longitudinální intervenční studie orálního zdraví u mentálně postižených v Praze*. Praha : Iga MZ ČR, 1998. Přeruš. str. : il. ; 32 cm. Číslo grantové zprávy: IZ3475.

Internetové zdroje

ČSÚ. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠPO 13*, [on-line].

©2014 [cit. 30.12.2015]. Dostupnost z www:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0>

OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*, [online]. Praha:

Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007, [cit. 2.1.2016]. Dostupnost z:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf>

Philips. *Elektrické zubní kartáčky: Sonic technology*, [online]. ©2016 [cit.

2016-03-24]. Dostupnost z: <[http://www.philips.cz/c-m-pe/elektricke-](http://www.philips.cz/c-m-pe/elektricke-zubni-kartacky/sonic-technology.html?&origin=|mckv|spofMvIQw_dc&pcrid=94478476271|plid|&trackid=>)

zubni-kartacky/sonic-

technology.html?&origin=|mckv|spofMvIQw_dc&pcrid=94478476271|plid|&trackid=>

Philips. *Philips Sonicare: Philips Sonicare AirFloss Ultra* [online]. ©2016 [cit.

2016-03-25]. Dostupné z: <[http://www.philips.cz/c-m-pe/airfloss-](http://www.philips.cz/c-m-pe/airfloss-ultra?&origin=|mckv|sPskXeUZ7_dc&pcrid=91086964511|plid|&trackid=>)

ultra?&origin=|mckv|sPskXeUZ7_dc&pcrid=91086964511|plid|&trackid=>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Preventivní prohlídky* [online].

©2015 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z:

<<https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>>

WHO. *WHO Definition of Health*, [on-line]. ©2003 [cit. 30.12.2015].

Dostupnost z www: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>

Legislativní zdroje

ČESKO. Zákon č. 82 ze dne 19. března 2015, kterým se mění zákon č.

561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další

zákony [on-line]. ©2015 [cit. 5.1.2016]. Dostupnost z www:

<<http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/15-082.htm>>

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a

podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [on-line].

©2016 [cit. 26.3.2016]. Dostupnost z www:

<<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>

ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. [on-line].

©2015 [cit. 3.1.2016]. Dostupnost z www:

<<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=435~2F2004&rp=15#seznam>>

8. Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na edukaci v oblasti dentální hygieny u tělesně handicapovaných osob. V teoretické části jsou shrnuty specifika spolupráce s tělesně znevýhodněnými z hlediska psychologie, komunikace a edukace, a také z pohledu dentální hygieny. Cílem praktické části bylo zjistit míru spokojenosti s přístupem zdravotníků a s dostupností stomatologické péče. Na základě výsledků bylo zjištěno, že nadpoloviční většina respondentů je spokojena s přístupem i dostupností stomatologické péče. Dále byla bakalářská práce věnována realizaci edukačních přednášek o základech péče o dutinu ústní spolu s workshopem o čištění zubů (přes organizaci Svaz tělesně postižených v Praze, v Blatné, dále v organizaci Život bez bariér v Nové Pace). Výsledky z výzkumu ukazují, že tělesně handicapovaní mají o tyto edukační přednášky zájem. Dle výsledků zpětné vazby byly přednášky bez výjimky hodnoceny kladně, rozšířily povědomí o dentální hygieně a motivovaly posluchače k péči o své zuby a dutinu ústní. Bakalářská práce byla také věnována zdravotnickým pracovníkům, jelikož jejím výstupním materiálem je informační leták, který shrnuje doporučení ohledně komunikace a přístupu k tělesně handicapovaným pacientům. Tato doporučení mohou pomoci rozšířit povědomí o této skupině pacientů, a také pomoci k adekvátnímu profesionálnímu vztahu mezi odborníkem a tělesně handicapovaným pacientem.

Klíčová slova: tělesný handicap, tělesné znevýhodnění, psychologie, komunikace, edukace, dentální hygiena, dentální hygienistka

9. Summary

This bachelor thesis is focused on education in dental hygiene for physically disabled persons. The theoretical part summarizes the specifics of working with physically disabled people in terms of psychology, communication and education, and also in terms of the dental hygiene. The main aim of the practical part was to determine the rate of satisfaction with the attitude of healthcare professionals towards their patients and the availability of dental care. Based on the results of this research, it was found that more than half of the respondents were satisfied with both the personal approach and the availability of the dental care. Furthermore, the bachelor thesis was focused on a realization of educational lectures with a workshop regarding the basics of dental care (in the organization of the Association of Physically Disabled in Prague, Blatná, as well as the organization Life without Barriers in Nová Paka). Results show that the physically handicapped are interested in these educational lectures. Based on the patients' feedback results, the lectures were positively evaluated without any exception. The lectures also extended awareness of dental hygiene and motivated the audience to care about their teeth and oral cavity. This thesis was furthermore focused on the healthcare professionals; its output is a leaflet which summarizes recommendations on the communication with and the approach to the physically disabled patients. These recommendations can help to widen the knowledge about this group of patients and it also helps to provide adequate professional relationship between the healthcare professional and the physically disabled patient.

Keywords: physical handicap, physical disability, psychology, communication, education, dental hygiene, dental hygienist

10. Seznam grafů

- Graf č. 1:** Vaše pohlaví?
- Graf č. 2:** Jaký je váš věk?
- Graf č. 3:** Místo stávajícího bydliště?
- Graf č. 4:** Typ handicapu?
- Graf č. 5:** Jak často navštěvujete zubního lékaře/lékařku?
- Graf č. 6:** Chodíte na dentální hygienu?
- Graf č. 7:** Jak jste spokojen(a) s přístupem v ordinaci zubní(ho) lékaře(ky)/dentální(ho) hygienist(k)y?
- Graf č. 8:** Jak jste spokojen(a) s přizpůsobením čekárny a ordinace zubní(ho) lékaře(ky) či dentální(ho) hygienist(k)y?
- Graf č. 9:** Jak jste spokojen(a) s dostupností zubní péče?
- Graf č. 10:** Jaké pomůcky používáte k čištění zubů?
Byl(a) jste někdy poučen(a) o možnostech čištění mezizubních prostor?
- Graf č. 11:** Byl(a) jste někdy odborníkem poučen(a) o správném způsobu péče o dutinu ústní?
- Graf č. 12:** Bylo poučení o správném způsobu péče o dutinu ústní srozumitelné?
- Graf č. 13:** Uvítal(a) byste možnost individuálního poučení jak správně pečovat o zuby (a celou dutinu ústní)?
- Graf č. 14:** Pohlaví?
- Graf č. 15:** Věk?
- Graf č. 16:** Místo stávajícího bydliště?
- Graf č. 17:** Typ handicapu?
- Graf č. 18:** Dozvěděli jste se něco nového díky přednášce?
- Graf č. 19:** Splnila přednáška očekávání, které jste měl(a) před její realizací?
- Graf č. 20:** Na kolik hodnotíte přednášku jako přínosnou?
- Graf č. 21:** Oceňujete možnost vyzkoušení pomůcek dentální hygieny přímo na sobě?

Graf č. 22: Motivovala Vás přednáška k větší péči o své zuby a dutinu ústní?

Graf č. 23: Změnil se Váš názor na dentální hygienu?

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník o zubní péči

Dotazník o zubní péči (pro handicapované pacienty)

1. Pohlaví:

- ☐ Žena
- ☐ Muž

2. Věk:

- ☐ 0-19 let
- ☐ 20-29 let
- ☐ 30-39 let
- ☐ 40-49 let
- ☐ 50-59 let
- ☐ 60 let a více

3. Místo stávajícího bydliště:

Kraj:

4. Typ handicapu:

- ☐ Tělesné
- ☐ Kombinované
- ☐ Jiné:

5. Jak často navštěvujete zubního lékaře/lékařku?

- ☐ 2x za rok (anebo častěji)
- ☐ 1x za rok
- ☐ 1x za 2 roky
- ☐ výjimečně/nenavštěvuji zubního lékaře/lékařku:

6. Chodíte na dentální hygienu?

- ☐ pravidelně/alespoň 1x za rok
- ☐ byl(a) jsem 1x
- ☐ nikdy jsem nebyl(a) na dentální hygienu

7. Jak jste spokojen(a) s přístupem v ordinaci zubního lékaře(ky)/dentální(ho) hygienist(k)y?

(Hodnocení jako ve škole: 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- ☐ 1 - Zcela spokojen(a)
- ☐ 2 - Spíše spokojen(a)
- ☐ 3 - Neutrální postoj
- ☐ 4 - Spíše nespokojen(a)
- ☐ 5 - Nespokojen(a)

8. Jak jste spokojen(a) s přizpůsobením čekárny a ordinace zubního lékaře(ky) či dentální(ho) hygienist(k)y?

(Hodnocení jako ve škole: 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- ☐ 1 - Zcela spokojen(a)
- ☐ 2 - Spíše spokojen(a)
- ☐ 3 - Neutrální postoj
- ☐ 4 - Spíše nespokojen(a)
- ☐ 5 - Nespokojen(a)

9. Jak jste spokojen(a) s dostupností zubní péče?

(Hodnocení jako ve škole: 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- ☐ 1 - Zcela spokojen(a)
- ☐ 2 - Spíše spokojen(a)
- ☐ 3 - Neutrální postoj
- ☐ 4 - Spíše nespokojen(a)
- ☐ 5 - Nespokojen(a)

10. Jaké pomůcky používáte k čištění zubů?

- ☐ Zubní kartáček
- ☐ Elektrický zubní kartáček
- ☐ Mezizubní kartáček

11. Byl(a) jste někdy odborníkem poučen(a) o možnostech čištění mezizubních prostor?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

12. Byl(a) jste někdy odborníkem poučen(a) o správném způsobu péče o dutinu ústní (tzn. instruktáž čištění zubů...)?

- ☐ Ano - Bylo pro Vás poučení srozumitelné a dostačující?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
- ☐ Ne - Uvítal(a) byste možnost individuálního poučení jak správně pečovat o zuby (a celou dutinu ústní)?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne

Příloha č. 2: Dotazník k přednášce o základech péče o dutinu ústní

Dotazník k přednášce o základech péče o dutinu ústní

1. Pohlaví:
☒ Žena
☐ Muž

2. Věk:
☐ 0-19 let
☐ 20-29 let
☐ 30-39 let
☐ 40-49 let
☐ 50-59 let
☒ 60 let a více

3. Místo stávajícího bydliště:
Kraj: Č. BUDĚJOVICE

4. Typ handicapu:
☐ Tělesný
☐ Kombinovaný
☒ Jiné: on

5. Dozvěděli jste se něco nového díky přednášce?
☒ Ano
☐ Ne
☐ Jiné:

6. Splnila přednáška očekávání, které jste měl(a) před její realizací?
☒ Ano
☐ Ne
☐ Jiné:

7. Na kolik hodnotíte přednášku jako přínosnou?
(Hodnocení jako ve škole: 1 – velmi přínosná, 5 – vůbec nebyla přínosná)
☒ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

8. Co konkrétně považujete za nejpřínosnější?
péče o dutinu ústní

9. Co byste naopak doporučoval(a) změnit?
aby byly přednášky byly zkráceny na školu

10. Oceňujete možnost vyzkoušení pomůcek dentální hygieny přímo na sobě?
☒ Ano
☐ Ne
☐ Jiné:

11. Motivovala Vás přednáška k větší péči o své zuby a dutinu ústní?
☒ Ano
☐ Ne
☐ Jiné:

12. Změnil se Váš názor na dentální hygienu?
☐ Ano, pozitivně
☐ Ano, negativně
☐ Ne, zůstal pozitivní
☐ Ne, zůstal negativní
☐ Jiné:

Přednáška byla velmi pokařná a přínosná, krásnou formou podána

Děkuji Vám za ochotu a za vyplnění dotazníku!
Data budou použita jako výchozí materiál pro hodnocení zpětné vazby přednášek.
Dotazník je samozřejmě anonymní.

Pokud budete chtít, ráda nabídnu výsledky své práce – ozvěte se na email
foretkova@outlook.com.

Příloha č. 3: Článek o přednášce v organizaci Život bez Bariér v Nové Pace

Domů » Zuby si zaslouží péči a pozornost - přednáška o dentální hygieně

To se mi líbí 0

Zuby si zaslouží péči a pozornost - přednáška o dentální hygieně

So, 30/01/2016 - 10:29

O tom, že i **zuby si zaslouží péči a pozornost** přesvědčila v rámci své **přednášky** klienty **denního stacionáře** a **sociální rehabilitace** studentka lékařské fakulty oboru dentální hygiena, sl. Pavlína Forétková. Čím více času věnujeme prevenci zubního kazu a výchově ke zdravému životnímu stylu, tím máme větší pravděpodobnost uchovat si celkovou rovnováhu organismu.

Klienti si vyslechli velice zajímavou a živě podanou interaktivní besedu. Měli možnost si **názorně vyzkoušet správný postup při čištění zubů**. Pozornost byla věnována hygieně o mezizubní prostory a vhodných dentálních pomůckách. Lektorka pohovořila také o **zdravé skladbě jídelníčku** a zdůraznila, které potraviny narušují zubní sklovinu. Společným jmenovatelem zubních kazů a zánětů dásní se jeví nevhodná péče o chrup, špatný zubní kartáček, neúčinné čištění zubů a mezizubních prostor a příliš cukru v potravě. Klienti se aktivně zapojili do besedy, podávali náměty a dostávali srozumitelnou zpětnou vazbu. Všichni ocenili zajímavé informace a získali pocit, že mohou stav chrupu aktivně ovlivnit. Akce se uskutečnila v Centru bez bariér, dne 29. ledna 2016.

Přečtěte si také o dalších zážitcích klientů sociálních služeb, které si odvezli z již proběhlých akcí a výletů.



Zdroj: <http://www.zbb.cz/clanek/zuby-si-zaslouzi-peci-pozornost-prednaska-o-dentalni-hygiena>

Příloha č. 4: Leták pro zdravotníky o komunikaci s handicapovanými (1. a 2. strana)

KOMUNIKACE S HANDICAPOVANÝMI

HLAVNÍ PROBLÉM - *nepovažovat postižení a priori za problém*

INTELEKT - *handicap není automaticky handicapem mentálním či smyslovým*

SOBĚSTAČNOST - *handicapovaný člověk je primárně vždy soběstačný a samostatný*

AUTONOMIE – *neříkat, co má handicapovaný dělat, nesnažit se změnit jeho chování*

SPOLUPRÁCE - *nepracovat za člověka s handicapem - spolupracovat s ním*

ASERTIVNÍ PRÁVA – *handicapovaný má právo říci NE, když se chce prosadit a bránit*

TRPĚLIVOST - *dostatek času pro vyjádření*

ZPĚTNÁ VAZBA – *ověřit si pochopení jak ze strany pacienta, tak z naší strany*

PODPORA – *podporována handicapovaných osob ku prospěchu společnosti*

DOPROVOD – *komunikovat vždy s tím, o kom mluvíme (ne s doprovodem)*

ASISTENČNÍ PES - *asistenčního psa nerušit při práci (volat na něj, hladit jej či jinak nepatříčně reagovat)*

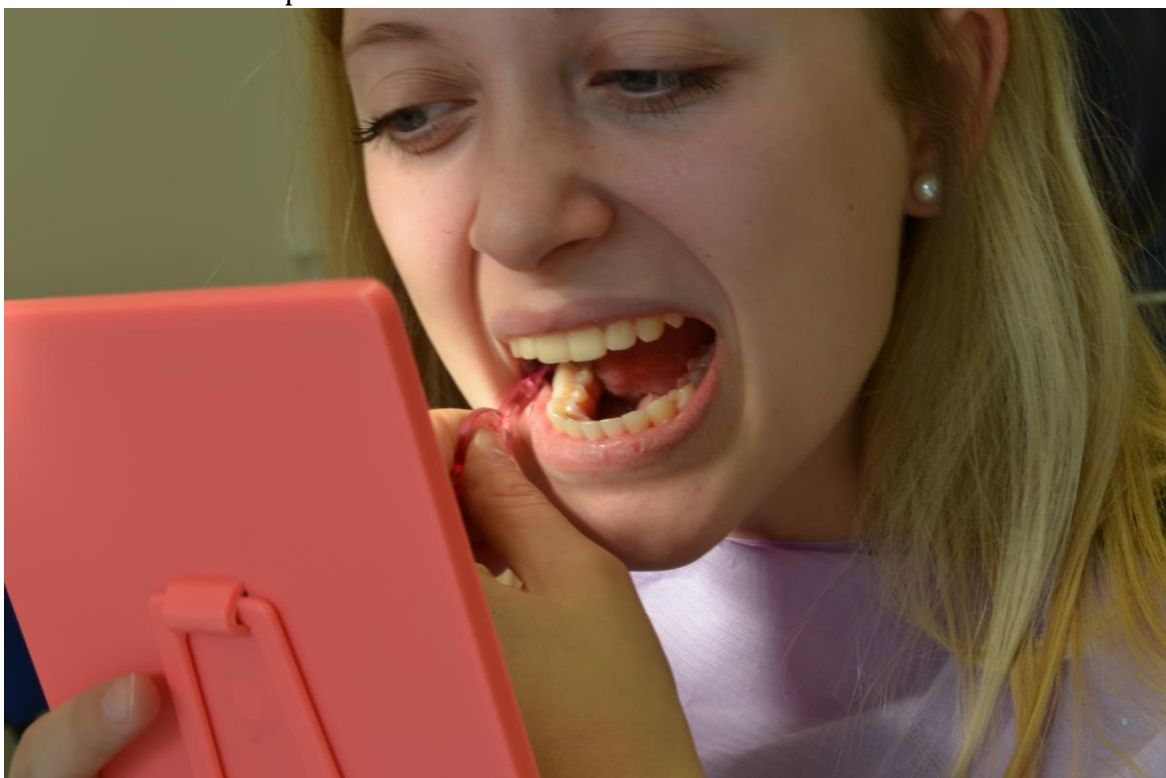


Příloha č. 5: Dentální hygiena – depurace



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 6: Návuk používání mezizubního kartáčku



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 7: Čištění zubů



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 8: Solo kartáček



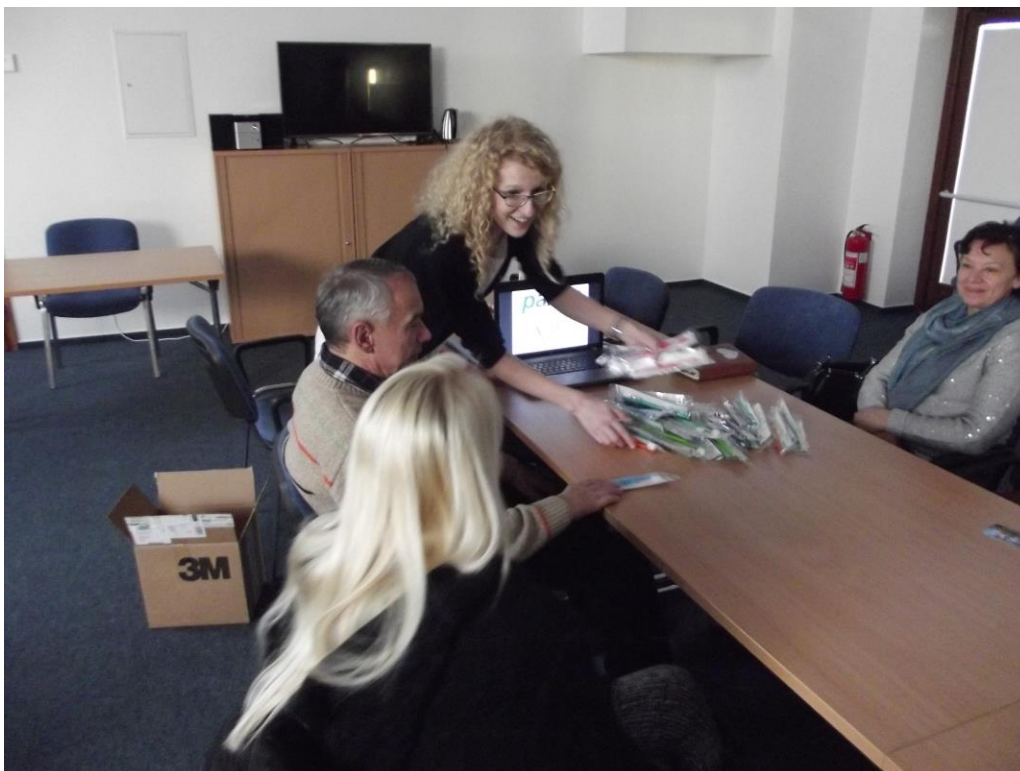
Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 9: Přednáška v Blatné, místí pobočka Svazu tělesně postižených



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 10: Výběr dentálních pomůcek pro praktický nácvik



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 11: Ukázka techniky čištění zubů na přednášce přes organizaci Život bez bariér v Nové Pace



Zdroj: archiv autorky

Příloha č. 12: Praktický nácvik čištění zubů



Zdroj: archiv autorky